







RCA² Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm



BEGINS

January

24

Root Cause Analyses and Actions

Explore the process of Root Cause Analyses and Actions (RCA²) and its' role in driving improvement when it comes to reviewing events that cause or may cause serious harm, and in developing and implementing sustainable and measurable actions that prevent future harm to patients and staff.



II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (RSQ.2)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการ ความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป

- (4) องค์กรมีกระบวนการในการรายงาน สืบหาสาเหตุ และดำเนินการ ที่ตอบสนองต่ออุบัติการณ์เหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ และเหตุเกือบพลาด ที่ส่งผลต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ หรือผู้มาเยือน และนำไปสู่การ พัฒนาบริการให้ดีขึ้น. กระบวนการควรครอบคลุมเรื่อง:
- การอบรมเจ้าหน้าที่ในการระบุความเสี่ยง การรายงาน การตรวจสอบข้อเท็จจริง และการหาสาเหตุที่แท้จริง (root cause analysis);
- วิธีการจัดทำเอกสารและรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์;
- การวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง;
- ขั้นตอนในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ที่ได้รับผลกระทบจากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.



Root Cause

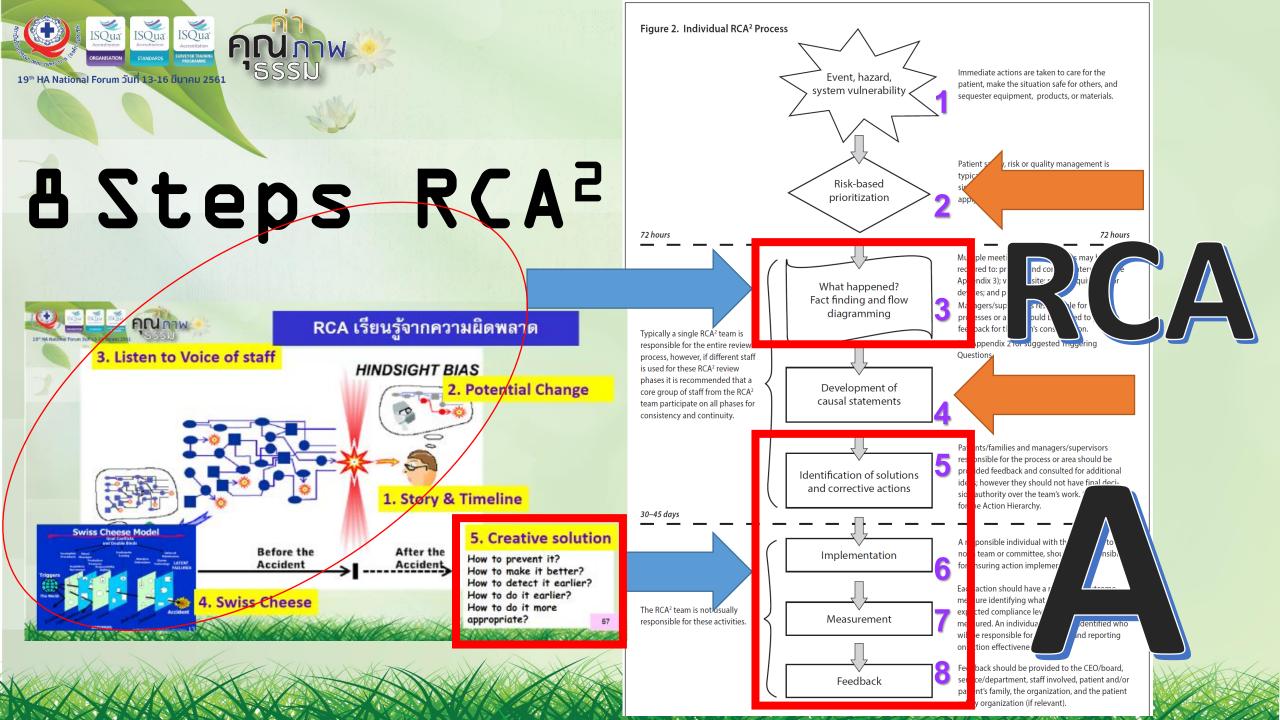
- •สาเหตุรากเหง้า
 - •สาเหตุราก
- •สาเหตุที่แท้จริง
 - •สาเหตุหลัก
- Adverse event, Hazard, Error, Harm



าณาของเปลี่ยน RCA²

- 1. Severity to Risk
- 2. Team member
- 3. Trigger questions
- 4. 5 Rule Causal State
- 5. Action Level
- 6. Leadership Governance

Action Focus



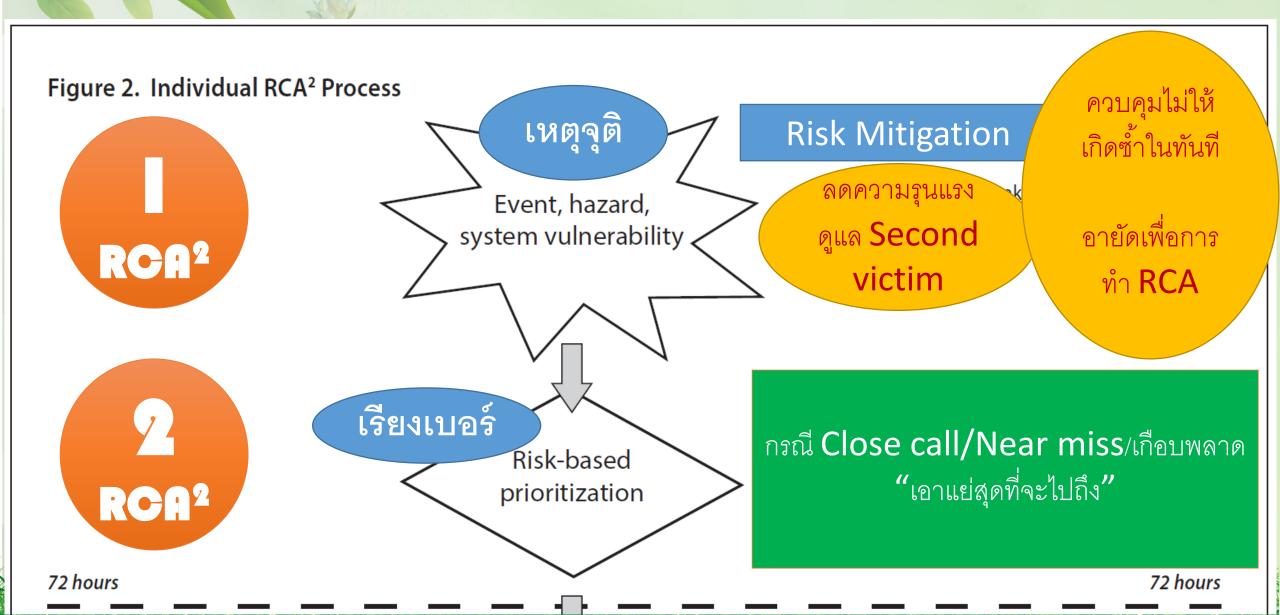


Timing

- •Timing for RCA² Event Review
 - •เริ่มภายใน 72 ชั่วโมง
 - •จบภายใน 45 วัน
- Timing for Action Review
 - •ทำร่วมกับการทบทวน Risk Register



Individual RCA² Process





Risk-based Priority

RISK = SEVERITY X LIKELIHOOD

การคูณ การบวก การทำระดับในเมตริก

2 RCA²

Actual Severity Score Potential Severity Score



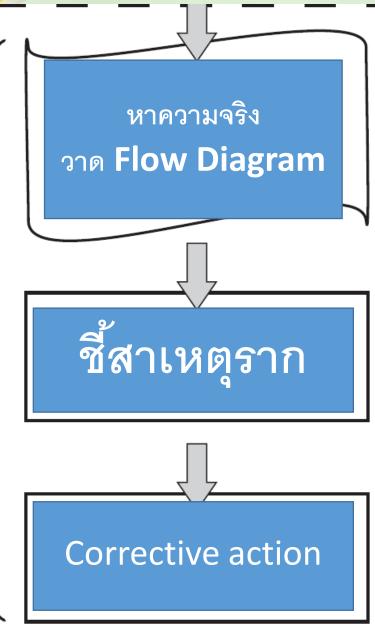








Typically a single RCA² team is responsible for the entire review process, however, if different staff is used for these RCA² review phases it is recommended that a core group of staff from the RCA² team participate on all phases for consistency and continuity.



Multiple meetings of 1.5 to 2 hours may be required to: prepare and conduct interviews (see Appendix 3); visit the site; review equipment or devices; and prepare the report.

Managers/supervisors responsible for the processes or areas should be invited to provide feedback for the team's consideration.

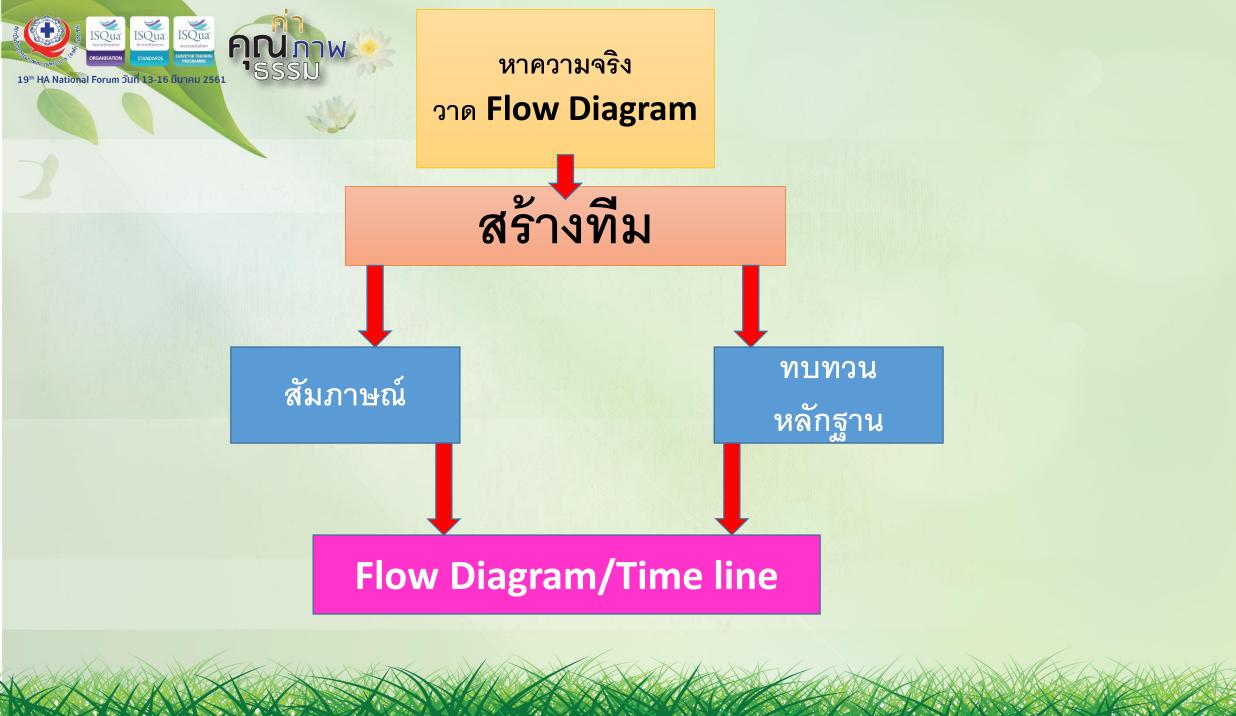
See Appendix 2 for suggested Triggering Questions.

See Appendix 6 for the Five Rules of Causation.

Patients/families and managers/supervisors

responsible for the process or area should be provided feedback and consulted for additional ideas; however they should not have final decision authority over the team's work. See Figure 3

for the Action Hierarchy.





Team Member & Inteview

NOTE: An individual may serve in multiple capacities	Team Member?	Interview?
ผู้เชี่ยวชาญ	1 Yes	Yes, if not on the team
คนกลาง	2 Yes	No
หัวหน้าหน่วย	3 Yes	No
เจ้าหน้าที่ในเหตุการณ์	No	Yes
เจ้าหน้าด่านหน้า ER OPD Refer ที่เกี่ยวข้อง	4 Yes	Yes
ผู้ป่วย	No	Yes**
ครอบครัว	No	Yes**
ตัวแทนของผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ	Yes	Yes



ทบทวนหลักฐาน

- •เข้าสำรวจสถานที่
- •ประเมินสิ่งของที่อายัด
- •ทบทวนเอกสารภายใน
 - •นโยบาบ, ข้อกำหนดของกระบวนการ, เวชระเบียน, บันทึกการซ่อมบำรุง
- •ทบทวนเอกสารภายนอก
 - •งานตีพิมพ์อุบัติการณ์แบบเดียวกัน, เอกสารจากผู้ผลิต, คู่มือต่างๆ, CPG











19th HA National Forum วันที่ 13-16 มีนาคม 2561

What happened?

Fact finding & Flow diagramming



1. Patient (JP) has COPD and is on oxygen (2 lpm) and requires knee surgery.

JP could have had his oxygen therapy discontinued for the duration of the MR scan without causing complications.

2. JP reports for a previously scheduled outpatient MRI.

There were no notes in the EMR about the patient being on oxygen or whether it could be discontinued for the duration of the scan.

JP was not given any informational material about the scan.

3. JP arrives at the MRI suite with his oxygen cvlinder.

The oxygen cylinder that JP is using looks identical to the MRI safe oxygen cvinders used in the MRI suite. The receptionist didn't question the oxygen cylinder as it wasn't part of the job but sometimes he did to help out; the MRI tech thought that the cylinder had already been switched to an MRI safe cylinder.

4. JP checks in and is asked to change out of his street clothes and put on scrubs. He was also asked to remove any chains, watches, and jewelry.

It is the policy to change into scrubs. A changing room is available along with lockers for patient use.

5. The MR tech escorts JP from the changing room to just outside the entrance of the magnet room. JP still has his oxygen cylinder with

The MR suite is not designed in accordance with the four zone, dirty (ferrous metal) to clean (no ferrous metal) concept advocated by the American College of Radiology.

6. The MR tech questions JP about jewelry, implants, patches, etc.

A standardized form/checklist is used to question all patients about metal objects they may be carrying or have implanted; oxygen cylinders are supposed to be provided by the facility and are not on the form.

The protocol is for objects such as gurneys, wheelchairs, oxygen cylinders to be switched out to MR safe or MR conditional equipment before the MR tech meets the patient.

7. The MR tech is called away in the middle of questioning JP and returns a few minutes later to finish.

The tech was called away to answer a question from a physician; while he was taking care of this the clerk reminded him that they were 3 appointments behind and that maybe they could get caught up over lunch. The day before staff had been told that their new quality measure was timeliness and patient waiting times.

The MR unit was short staffed on this day due to an illness.

8. The MR tech asks JP to follow him into the magnet room. JP does so pulling the oxygen cylinder behind him.

A ferrous metal detector is not provided at the entrance into the magnet room and hand held scanners are not used. A sign on the door warns to remove all metal before entering. The magnet room does not have piped in oxygen.

9. As JP approaches the MR table the oxygen cylinder is drawn into the bore of the magnet narrowly missing the tech as it flies by him.

There are no visual dues or indicators in the room to warn individuals about the increasing magnetic field.

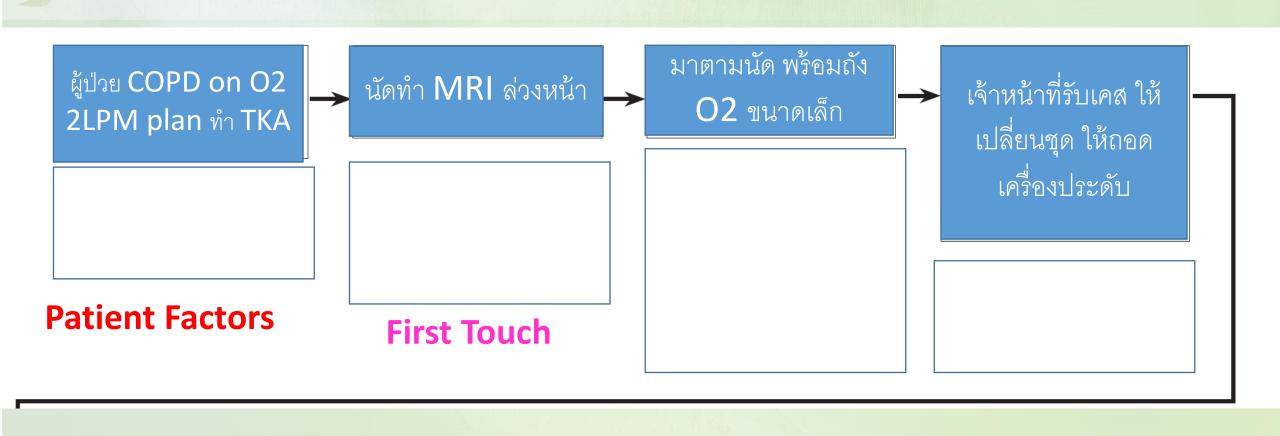
10. The tech activates the emergency MRI shutdown. Engineering/Facilities are called.

The tech thought that the oxygen cylinder could explode. He was not aware of the possible safety consequences or equipment damage when the magnet is guenched by instituting an emergency MRI shutdown.

The tech did not recall any training being done on emergency shutdowns. 11. A vendor is contacted. the MR unit helium is recharged and the cracked cowling is replaced.

12. MRI service is resumed approximately 5 days after the event occurred.

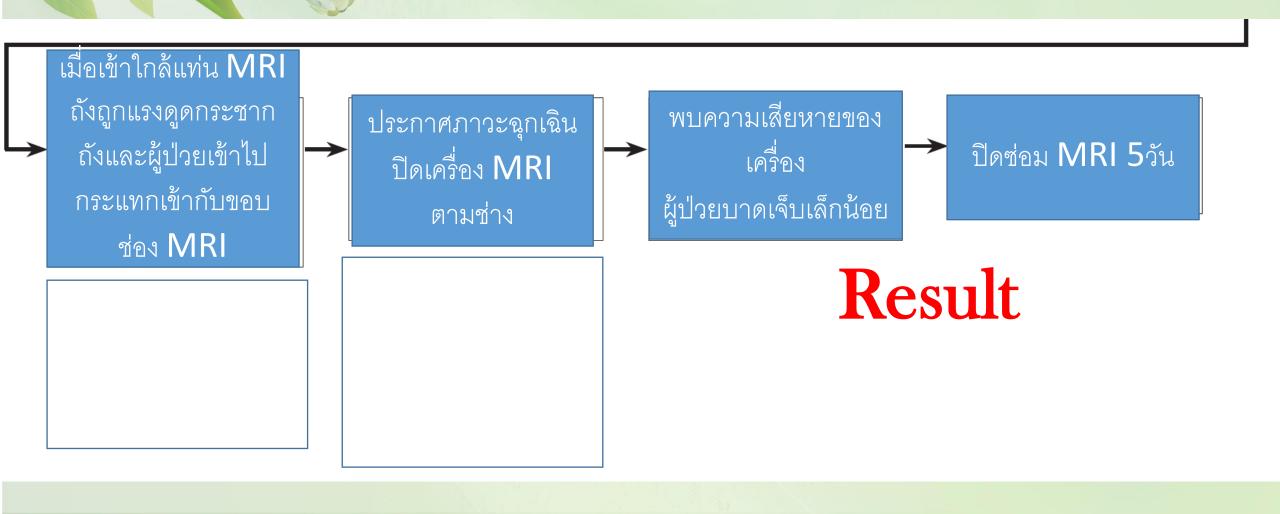










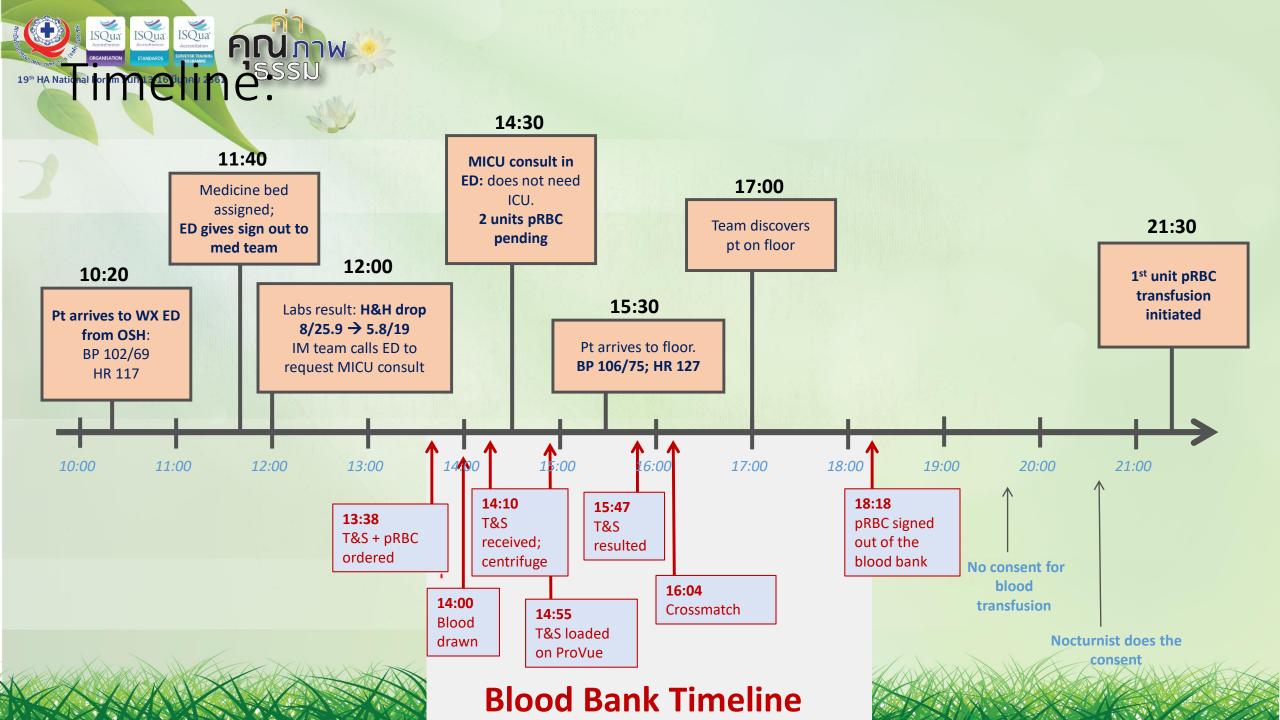




Timeline

RCA² Simulation: Timeline

Date & Time	Source (Med Record,	Event (Description and Response) (What Happened)
Tille	interview, etc)	(What Happened)
7/4/17	Med Record	Patient presents to the ED with fever and cutaneous abscess.
19:00		
19:20	Med Record	ED PA interviews the patient.
19:20	Interview	Patient reports a possible allergy to morphine. Family not immediately available to confirm (getting coffee).
19:50	Med Record	ED PA documents the unconfirmed allergy in a progress note.
20:20	Interview	Patient is admitted and passed off to the Medicine Resident using the mnemonic "I-PASS".
22:30	Interview	Admitting resident reads the PA's note and notes the possible allergy to morphine.
22:30	Interview	Admitting resident confirms the allergy to morphine with the patient's family.

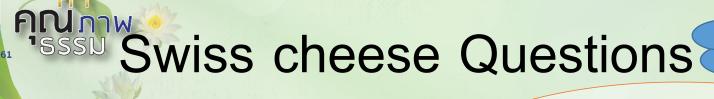






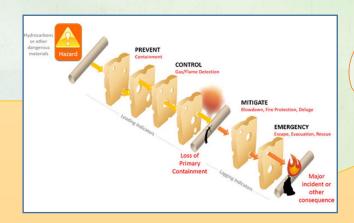






Brainstroming





- 1. การสื่อสาร
- 2. การฝึกอบรม
- 3. ความเหนื่อยล้า/การจัดตารางเวร
- 4. สิ่งแวดล้อม/อุปกรณ์
- 5. กฎระเบียบ/นโยบาย/ข้อกำหนดของ
- 6. กระบวนการแนวทางป้องกัน

Triggers Q.

Open-end Q. **Organizational Factors**

Local Workplace Factors

> Unsafe Act

Flow Diagram or Timeline

Diagnosis



ผู้ป่วย COPD on O2 2LPM plan ทำ TKA

JP could have had his oxygen therapy discontinued for the duration of the MR scan without causing complications.

Patient Factors

นัดทำ MRI ล่วงหน้า

There were no notes in the EMR about the patient being on oxygen or whether it could be discontinued for the duration of the scan.

JP was not given any informational material about the scan.

First Touch

มาตามนัด พร้อมถัง

O2 ขนาดเล็ก

The oxygen cylinder that JP is using looks identical to the MRI safe oxygen cylinders used in the MRI suite. The receptionist didn't question the oxygen cylinder as it wasn't part of the job but sometimes he did to help out; the MRI tech thought that the cylinder had already been switched to an MRI safe cylinder.

เจ้าหน้าที่รับเคส ให้ เปลี่ยนชุด ให้ถอด เครื่องประดับ

It is the policy to change into scrubs.

A changing room is available along with lockers for patient use.



Timeline

RCA² Simulation: Timeline

D 1 C							
Date &	Source	Event (Description and Response)	Deviation from Expected Practice (if applicable)				
Time	(Med Record,	(What Happened)	(What normally happens? What do policies/procedures require?)				
	interview, etc)						
7/4/17	Med Record	Patient presents to the ED with fever and cutaneous abscess.					
19:00							
19:20	Med Record	ED PA interviews the patient.					
19:20	Interview	Patient reports a possible allergy to morphine. Family not					
		immediately available to confirm (getting coffee).					
19:50	Med Record	ED PA documents the unconfirmed allergy in a progress note.	Allergies should be confirmed and entered into the allergy				
			section of the EMR.				
20:20	Interview	Patient is admitted and passed off to the Medicine Resident	Allergies are not explicitly included in the "I-PASS" mnemonic,				
		using the mnemonic "I-PASS".	however confirmation of the possible allergy should have				
			been performed prior to transfer or included in the pass-off.				
22:30	Interview	Admitting resident reads the PA's note and notes the possible					
		allergy to morphine.					
22:30	Interview	Admitting resident confirms the allergy to morphine with the					
		patient's family.					



Flow diagram

Event Time

Fish bone diagram

Problem statement

Factor









19th HA National Forum วันที่ 13-16 มีนาคม 2561

RCA² Simulation Exercise #2: Fishbone Diagram

This NHS National Patient Safety Agency fishbone tool is available at http://www.nrls.npsa.nhs.uk

Patient factors:

Clinical condition Physical factors Social factors Psychological/ mental factors Interpersonal relationships

Individual (staff) factors:

Physical issues **Psychological** Social/domestic Personality Cognitive factors

Task factors:

Guidelines/ procedures/ protocols Decision aids Task design

Communication factors:

Verbal Written Non-verbal Management

Team factors:

Role congruence Leadership Support + cultural factors

Fish Bone Diagram

Problem or Event

Education + Training Factors:

Competence Supervision Availability / Accessibility Appropriateness

Equipment + resources:

Displays Integrity Positioning Usability

Working condition factors:

Administrative Design of physical environment Environment Staffing Workload and hours Time

Organizational + strategic factors:

Organizational structure **Priorities** Externally imported risks Safety culture

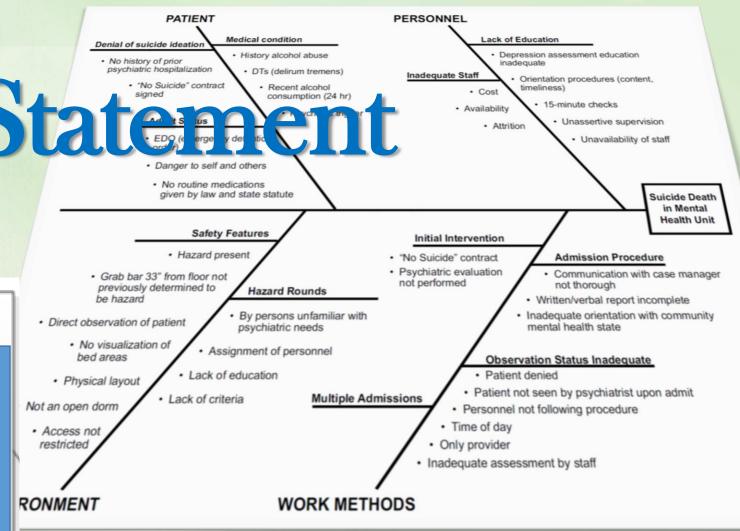


Problem States of the signed o

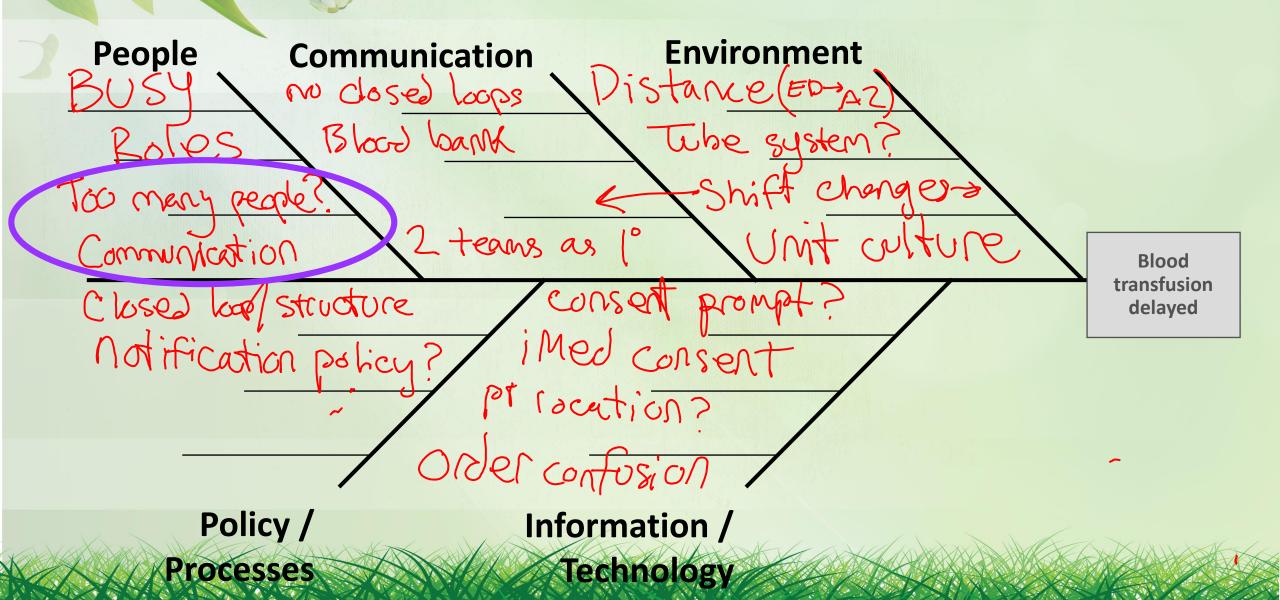
Event+Effect

Problem Statement:

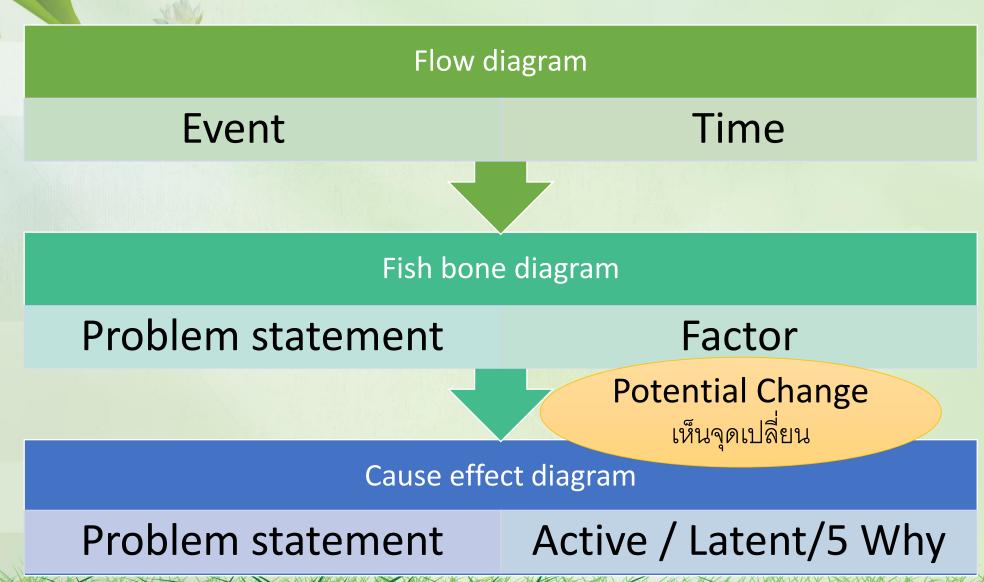
ถัง **O2** เหล็ก กระแทกเครื่อง **MRI** ทำ ให้ปิดทำการฉุกเฉิน ผู้ป่วยรับบาดเจ็บ เล็กน้อย





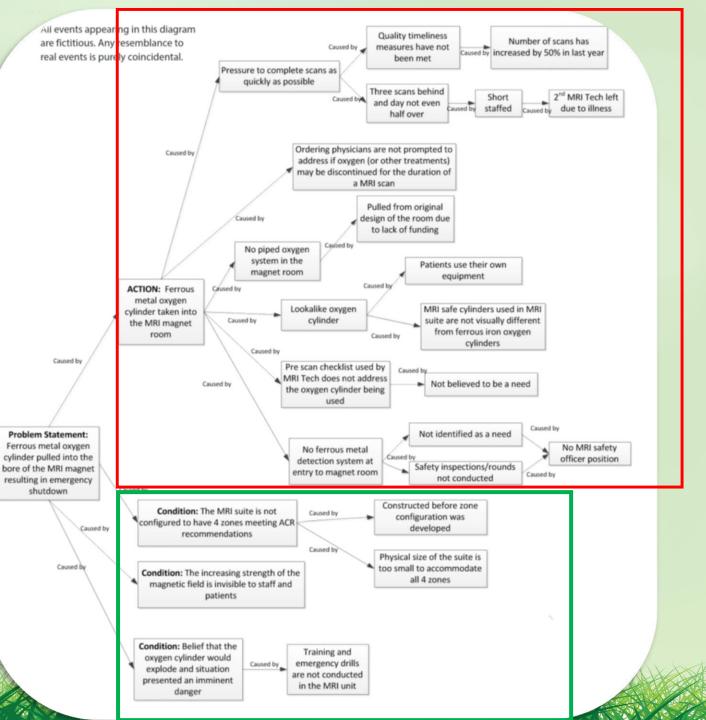


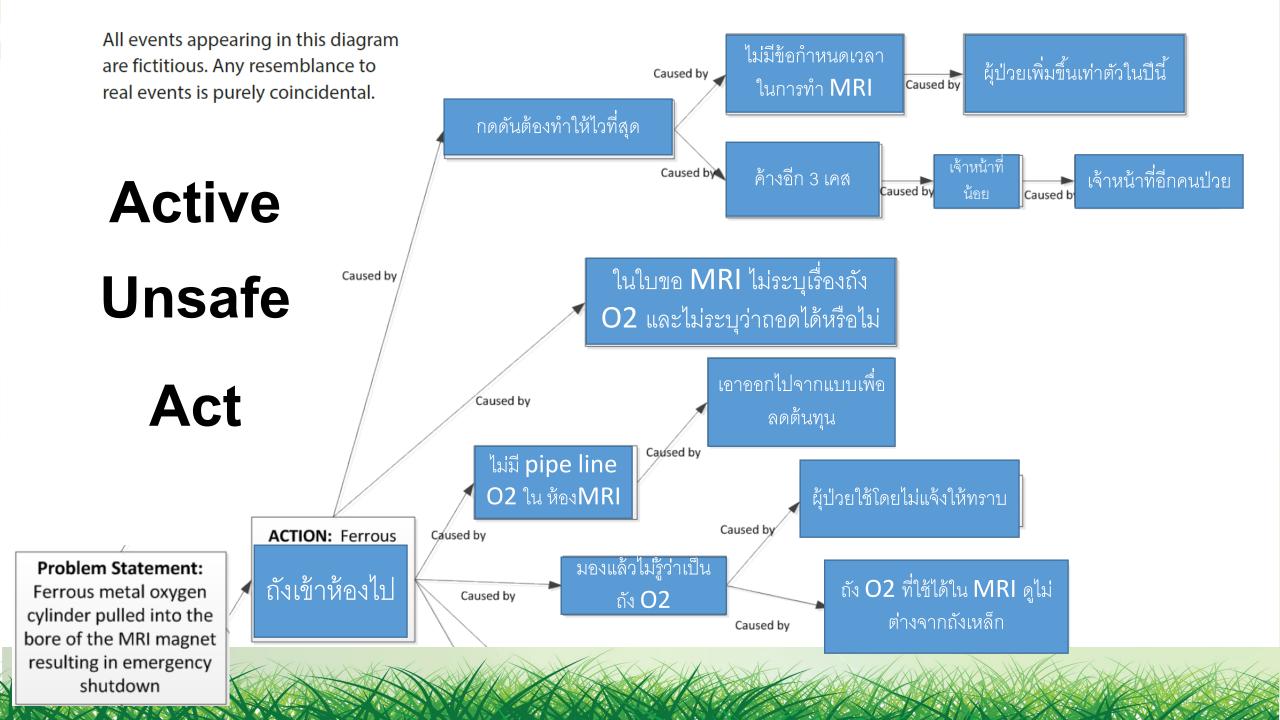




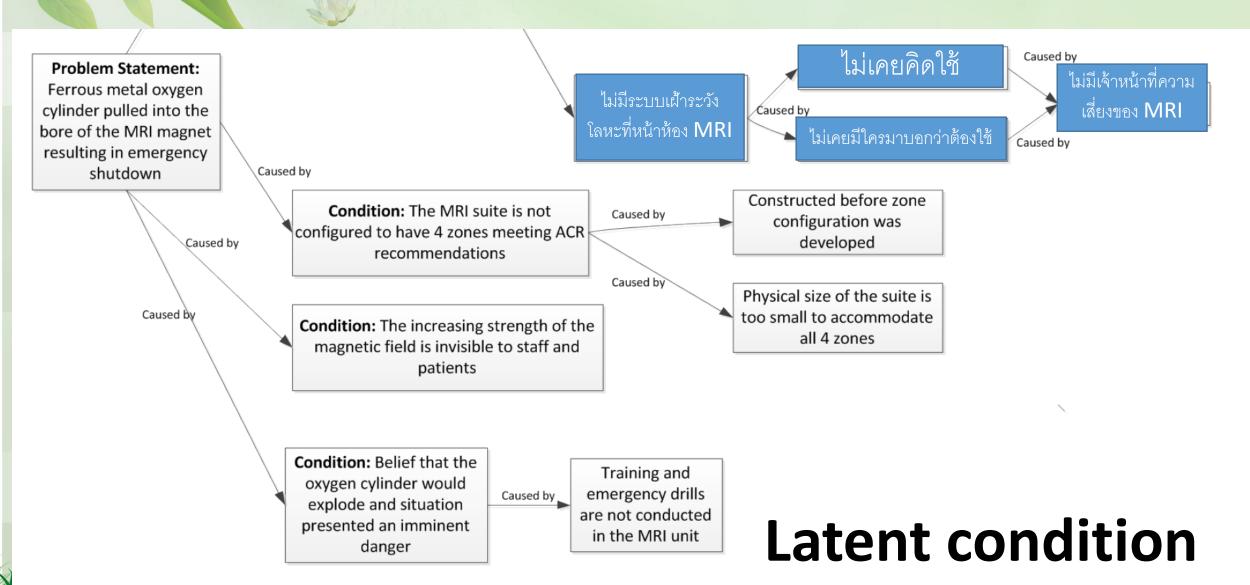


5 Why











Cause/Contributing factor

Proximate Cause

Root Cause

Unsafe act, Latent condition



Development of Causal Statements





Causal Statement

- ห้อง MRI ไม่มีระบบตรวจจับโลหะก่อนเข้าห้องทำให้ถัง O2 เข้าห้องได้ ทำให้ถังกระแทกเข้าไปที่ตัวเครื่อง ต้องหยุดซ่อม
 5 วัน ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ
- Cause+event+effect



Causation Rule 1

• ต้องแสดงความสัมพันธ์ชัดเจน ไม่สามารถคิดเป็นอื่น

Rule 1. Clearly show the "cause and effect" relationship.

INCORRECT: A resident was fatigued.

CORRECT: Residents are scheduled 80 hours per week, which led to increased levels of fatigue, increasing the likelihood that dosing instructions would be misread.



Causation Rule 2

- •ไม่ควรใช้คำว่าไม่ดี แย่ ไม่ใส่ใจ แล้วจบ
- แต่ควรแสดงว่าไม่ดีอย่างไร แย่อย่างไร ไม่ใส่ใจในประเด็นใด

Rule 2. Use specific and accurate descriptors for what occurred, rather than negative and vague

words. Avoid negative descriptors such as: Poor; Inadequate; Wrong; Bad; Failed; Careless.

INCORRECT: The manual is poorly written.

CORRECT: The pumps user manual had 8 point font and no illustrations; as a result nursing staff rarely used it, increasing the likelihood that the pump would be programmed incorrectly.



"Human Error"

Is Not an Acceptable Root Cause.



Causation Rule 3

- ความผิดพลาดของมนุษย์ ไม่ใช่สาเหตุที่แท้จริง
- ต้อง Why อีก อย่างน้อย 1 ครั้ง

Rule 3. Human errors must have a preceding cause.

INCORRECT: The resident selected the wrong dose, which led to the patient being overdosed.

CORRECT: Drugs in the Computerized Physician Order Entry (CPOE) system are presented to the user without sufficient space between the different doses on the screen, increasing the likelihood that the wrong dose could be selected, which led to the patient being overdosed.



Causation Rule 4

- การฝ่าฝืนมาตรการที่วางไว้ไม่ใช่ root cause
- ต้อง why อีก อย่างน้อย 1 ครั้ง

Rule 4. Violations of procedure are not root causes, but must have a preceding cause.

INCORRECT: The techs <u>did not follow the procedure for CT scans</u>, which led to the patient receiving an air bolus from an empty syringe, resulting in a fatal air embolism.

CORRECT: Noise and confusion in the prep area, coupled with production pressures, increased the likelihood that steps in the CT scan protocol would be missed, resulting in the injection of an air embolism from using an empty syringe.



Causation Rule 5

หากไม่ระบุข้อกำหนดของกระบวนการไว้ชัดเจน

จะบอกว่าการกระทำล้มเหลวไม่ได้

Rule 5. Failure to act is only causal when there is a pre-existing duty to act.

INCORRECT: The nurse did not check for STAT orders every half hour, which led to a delay in the start of anticoagulation therapy, increasing the likelihood of a blood clot.

CORRECT: The absence of an assignment for designated RNs to check orders at specified times increased the likelihood that STAT orders would be missed or delayed, which led to a delay in therapy.



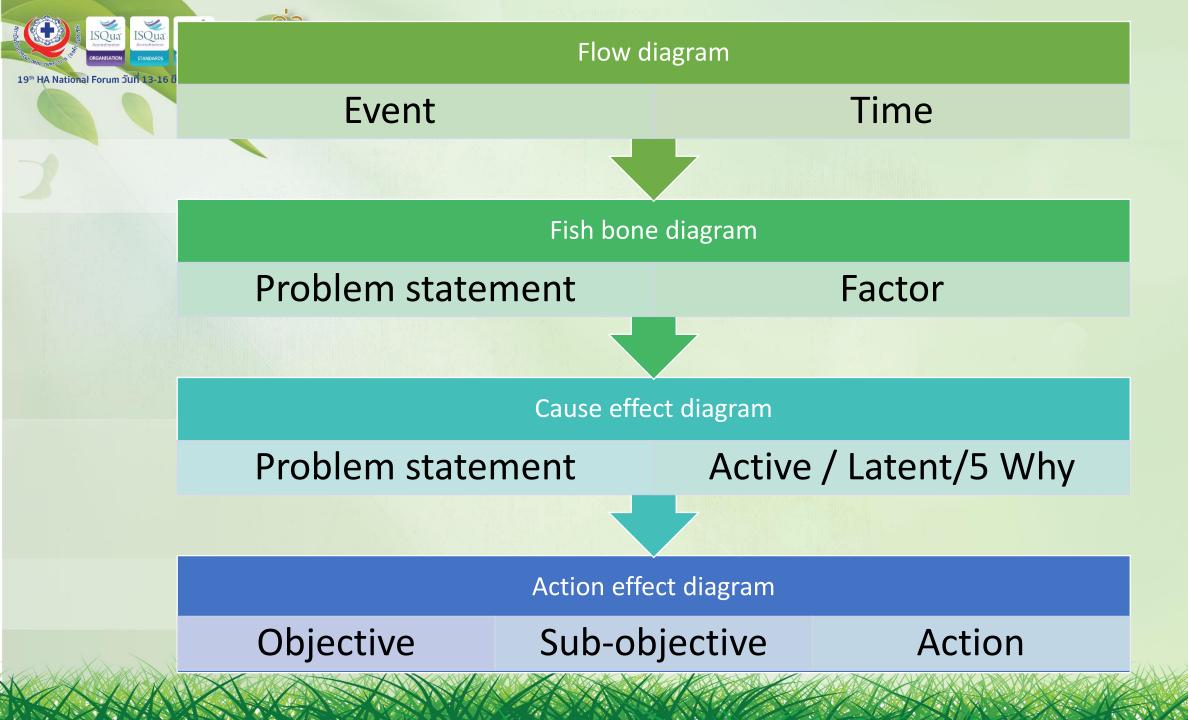
ข้อดีของ 5 Rules of Causation

- Focus on action
- Due with Human error
- No blame
- Ready to create solution



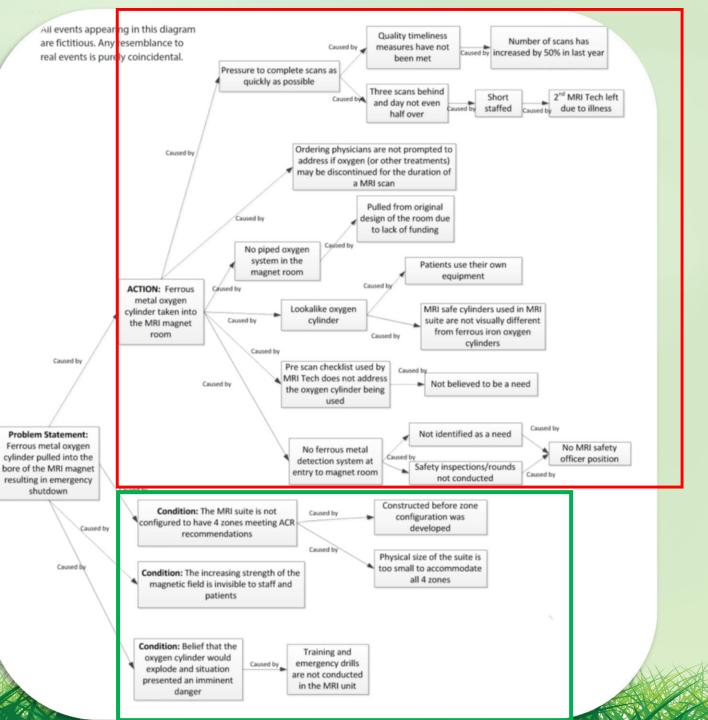
Action Safety Design

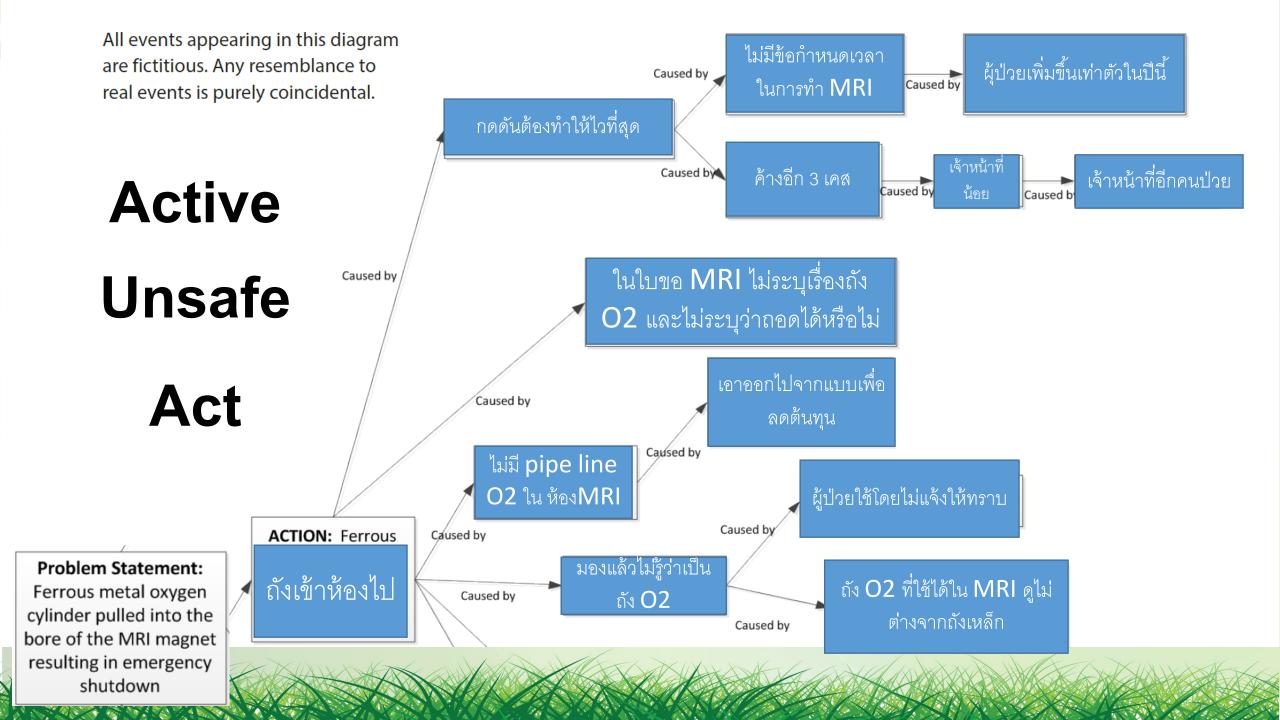
5 RCA²



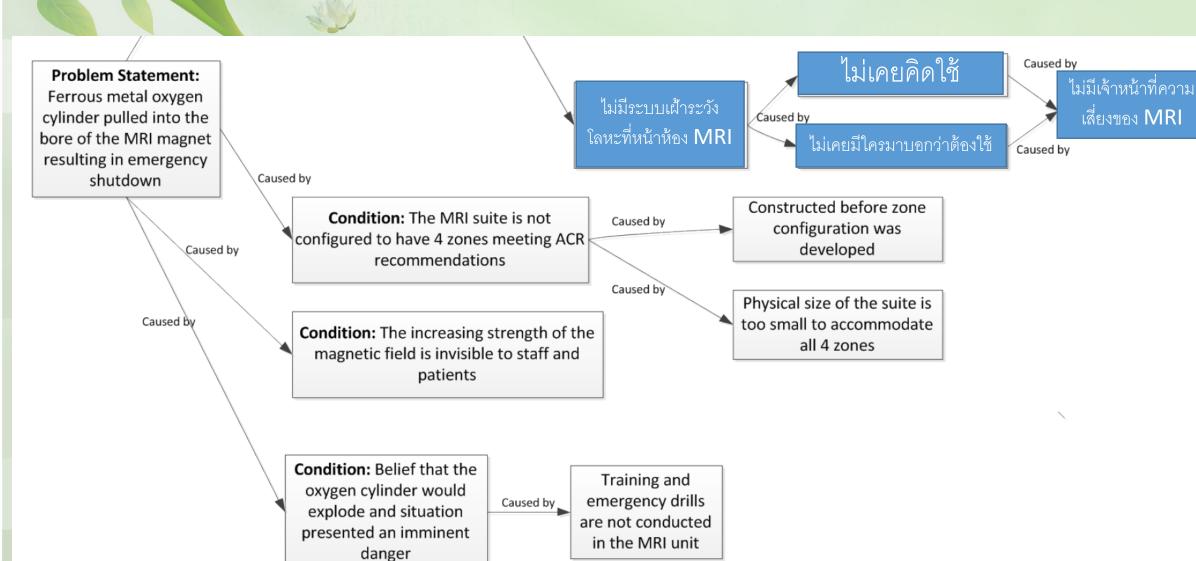


เปลี่ยนสู่ Solution













Action Level Analysis

	Action Category	Example								
Stronger Actions	Architectural/physical plant changes	Replace revolving doors at the main patient entrance into the building with powered sliding or swinging doors to reduce patient falls.								
(these tasks require less reli-	New devices with usability testing	Perform heuristic tests of outpatient blood glucose meters and test strips and select the most appropriate for the patient population being served.								
ance on humans to remember to perform the task correctly)	Engineering control (forcing function)	Eliminate the use of universal adaptors and peripheral devices for medical equip ment and use tubing/fittings that can only be connected the correct way (e.g., IV tubing and connectors that cannot physically be connected to sequential compression devices or SCDs).								
	Simplify process	Remove unnecessary steps in a process.								
	Standardize on equipment or process	Standardize on the make and model of medication pumps used throughout the institution. Use bar coding for medication administration.								
	Tangible involvement by leadership	Participate in unit patient safety evaluations and interact with staff; support the RCA ² process; purchase needed equipment; ensure staffing and workload are balanced.								
Intermediate	Redundancy	Use two RNs to independently calculate high-risk medication dosages.								
Actions	Increase in staffing/decrease in workload	Make float staff available to assist when workloads peak during the day.								
	Software enhancements, modifications	Use computer alerts for drug-drug interactions.								
	Eliminate/reduce distractions	Provide quiet rooms for programming PCA pumps; remove distractions for nurses when programming medication pumps.								
	Education using simulation- based training, with periodic refresher sessions and observations	Conduct patient handoffs in a simulation lab/environment, with after action critiques and debriefing.								
	Checklist/cognitive aids	Use pre-induction and pre-incision checklists in operating rooms. Use a checklist when reprocessing flexible fiber optic endoscopes.								
	Eliminate look- and sound-alikes	Do not store look-alikes next to one another in the unit medication room.								
	Standardized communication tools	Use read-back for all critical lab values. Use read-back or repeat-back for all verbal medication orders. Use a standardized patient handoff format.								
	Enhanced documentation, communication	Highlight medication name and dose on IV bags.								
Weaker	Double checks	One person calculates dosage, another person reviews their calculation.								
Actions	Warnings	Add audible alarms or caution labels.								
(these tasks require more reliance on humans to remem-	New procedure/ memorandum/policy	Remember to check IV sites every 2 hours.								
ber to perform the task correctly)	Training	Demonstrate correct usage of hard-to-use medical equipment.								





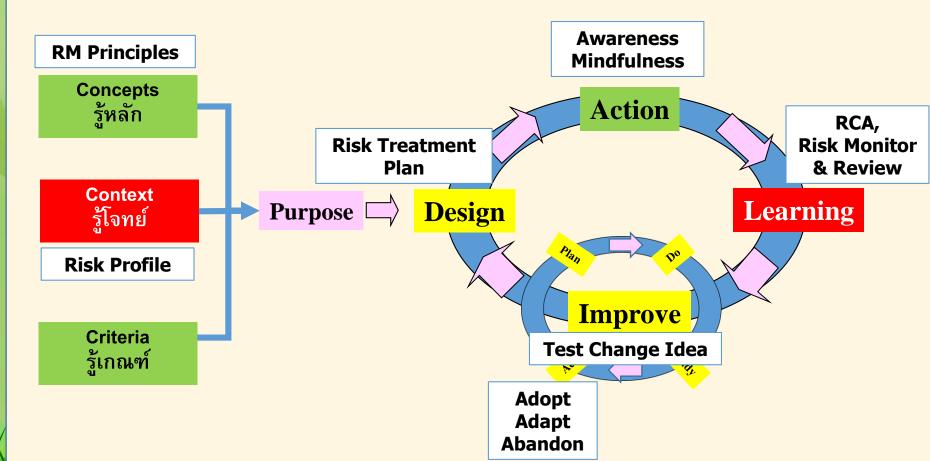


3C - PDSA / DALI กับ RM



Forum

มืองทองธานี





Stronger

	Action Category	Example
Stronger Actions	Architectural/physical plant changes	เปลี่ยนสถาปัตยกรรม / กายภาพ
(these tasks require less reli-	New devices with usability testing	เปลี่ยนอุปกรณ์ใหม่พร้อมผ่านการทดสคาเในการใช้ RM Principles Awareness Mindfulness
ance on humans to remember to perform the task correctly)	Engineering control (forcing function)	ควบคุมเชิงวิศวกรรม Context วุ่งลัก Risk Treatment Plan RCA, Risk Monitor & Review Purpose → Design Improve Improve
	Simplify process	Lean Adopt Adapt Abandon
	Standardize on equipment or process	สอบเทียบมาตรฐานเครื่องมือและขึ้งตึงกระบวนการ
	Tangible involvement by leadership	ผู้นำสูงสุดเข้าร่วมตลอดการปรับปรุง

Intermediate	Redundancy	ทำเพิ่ม ทวนซ้ำพร้อมกัน RM Principles Awareness Mindfulness
Actions	Increase in staffing/decrease in workload	เพิ่มคน / ลดงาน Concepts รู้หลัก Risk Treatment Plan Risk Monitor & Review Context รู้โจกย์ Purpose Design Learning
	Software enhancements, modifications	ปรับ Software
	Eliminate/reduce distractions	กำจัด/ลดสิ่งรบกวนสมาธิ Adopt Adapt Abandon
	Education using simulation- based training, with periodic refresher sessions and observations	เรียนรู้ด้วย Simulation
	Checklist/cognitive aids	รายการสิ่งที่ต้องทำ/ช่วยคิดช่วยจำ
	Eliminate look- and sound-alikes	กำจัดสรรพ LASA
	Standardized communica- tion tools	สร้างระบบสอบทานการสื่อสาร
	Enhanced documentation, communication	สร้างจุดเด่นเพื่อสื่อสาร



Weaker

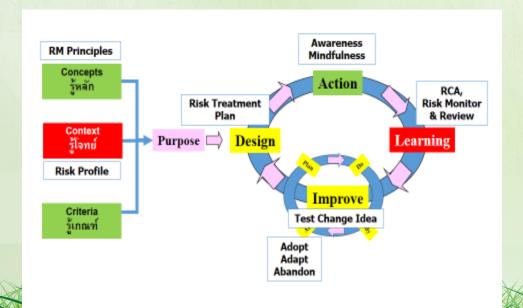
Weaker Actions

(these tasks require more reliance on humans to remember to perform the task correctly)

Double checks	
Warnings	
New procedure/ memorandum/policy	
Training	

Check แล้ว check อีก ระบบเตือน ใส่กระบวนการ /เน้นย้ำเพิ่ม/ ประกาศนโยบายใหม่

ฝึกอบรม



เมื่อมี Human error เป็น Proximal cause

Human Error

ผลพวงของการวางระบบ และการมี ทางเลือกให้เป็นไปได้

แก้ไขโดยการเปลี่ยน:

- Choices
- Processes
- Procedures
- Training
- Design
- Environment

At-Risk Behavior

A Choice: ไม่เลือกทางเลือกที่ เสี่ยงต่ำกว่าซึ่งมาจากการดูเบา

จัดการโดย:

- Removing incentives for at-risk behaviors
- Creating incentives for healthy behaviors
- Increasing situational awareness

Reckless Behavior

ไม่คำนึงถึงความเสี่ยงทั้ง ๆที่รู้อยู่ อย่างไม่สมเหตุสมผล

จัดการโดย:

- Remedial action
- Punitive action

Console

Coach

Punish





แจก Guideline ไปทั่ว

Standing order checklist

ขึ้งตึงกระบวนการ เพื่อผลลัพธ์ที่ต้องการ

ยกระดับการป้องกัน

Training

Training in place, Annually and Feedback

หาอะไรมาทดแทน ที่ไม่ต้อง Training



Risk Owner Requirement

- Requirement
 - K: Risk Standard, Risk register, Safety design
 - S: Management, Alignment, Monitoring and

Representation

•A : ไม่ประนีประนอม



RCA2 Improvement Plan

l _{mitication}								
mitigation	Level	วันเริ่ม	วันจบ	เจ้าของ				
Process/Outcome Measure: ตัวชี้วัดเพื่อการติดตาม								
Date Measured: วันวัดผล			เอาไป update Risk Register					
Compliance: Tracing method การตามรอย								
Responsible Person: ผู้รับผิดชอบ								
	ตัวชี้วัดเพื่อ วันวัดผล Tracing metho	ตัวชี้วัดเพื่อการติดตาม วันวัดผล Tracing method การตามรอย	ตัวชี้วัดเพื่อการติดตาม วันวัดผล Tracing method การตามรอย	ตัวชี้วัดเพื่อการติดตาม วันวัดผล Tracing method การตามรอย				

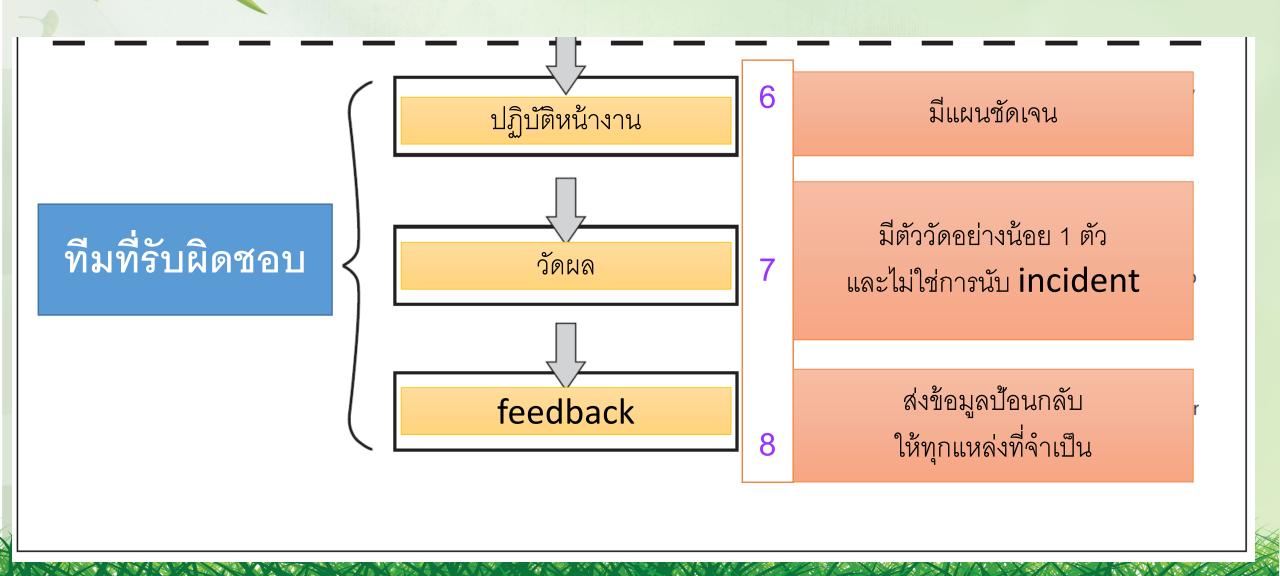


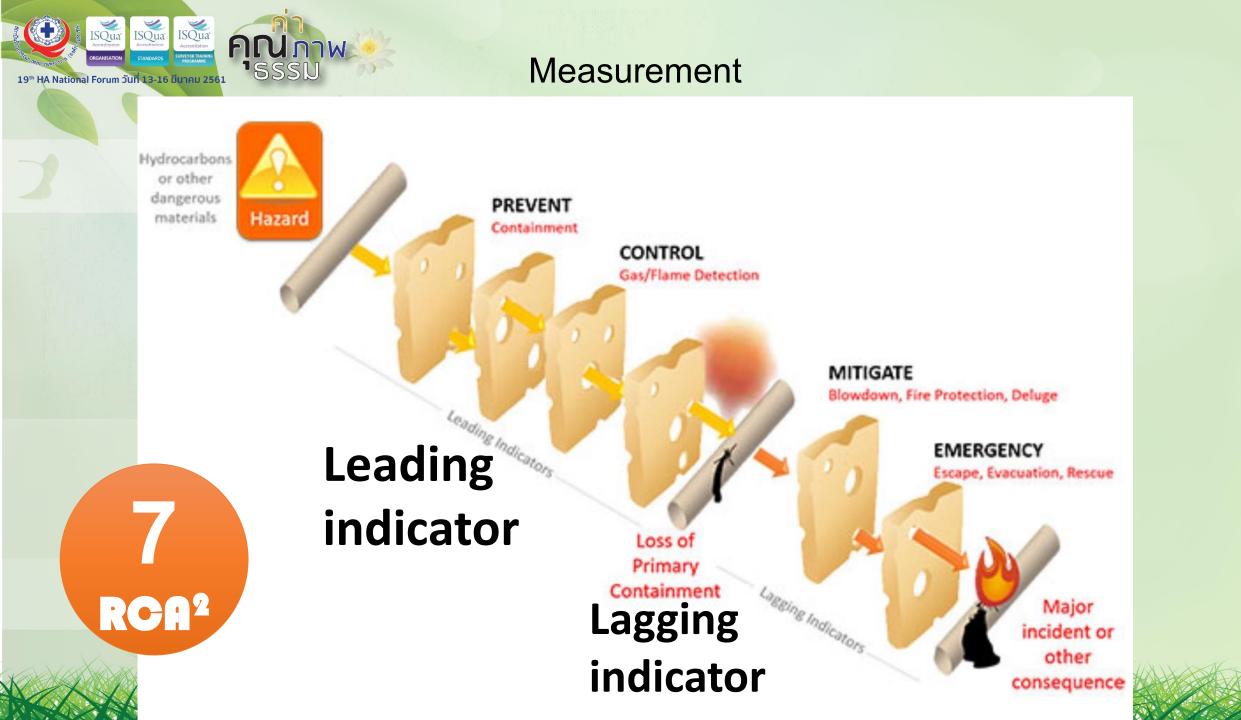
อย่างน้อยต้องมี

หนึ่ง stronger หรือ intermediate strength action ต่อ การทำ RCA² 1 เรื่อง



หลัง RCA²







Plan



IĐ	Name	Start	Finish	Status	Quarter	3rd Jul	Sen	4th Nov	1st	2nd Aar May	3rd Jul	Sep
-					Iviay	Jui	Jep	1400	Jan	I Iviay	Jui	Jep
1	CREATE ENVIRONMENT OF SAFETY	5/8/95 8:00am	9/30/96 5:00pm	Partial			+			-		₩.
2	Phase I: Senior Management	5/8/95 8:00am	6/29/95 5:00pm	Completed	.						1	T
3	CEO written message	5/9/95 8:00am	6/13/95 5:00pm	Completed	1 Y	Ĭ						
4	Public accountability	5/8/95 8:00am	6/29/95 5:00pm	Completed	-							
5	Press release	5/9/95 8:00am	6/13/95 5:00pm	Completed	1 Y							
6	Press conference	5/9/95 8:00am	6/13/95 5:00pm	Completed	1 1					1		
7	Phone inquiries	5/10/95 8:00am	6/17/95 5:00pm	Completed						1		
8	Nurse/physician meetings	6/28/95 8:00am	6/29/95 5:00pm	Completed	i .							1
9	Journal articles	5/8/95 8:00am	6/12/95 5:00pm	Completed	1 .'						1	1
10	Phase II: Middle Management	5/8/95 8:00am	9/30/96 5:00pm	Completed	1 <u>-</u>		+				-	_
11	Case study review	5/8/95 8:00am	6/12/95 5:00pm	Completed	1							T
12	Incorporate case study into manager training	3/1/96 8:00am	9/30/96 5:00pm	Pending	1 1					13.355.35		70
13	Standards committee facilitates fact-finding	3/1/96 8:00am	3/3I/96 5:00pm	Pending	1	l				8835	1	
14	Focus group for problem solving	4/1/96 8:00am	9/30/96 5:00pm	Pending	1							529
15	Collaborate with Joint Commission	3/21/96 8:00am	9/30/96 5:00pm	Pending	1							
16	ORGANIZATION PERFORMANCE STANDARDS SAME LEVEL OF IMPORTANCE	11/1/95 8:00am	6/7/96 5:00pm	Partial		ĺ		•		-		
17	Phase I: Reporting	11/1/95 8:00am	4/16/96 5:00pm	Partial	1			•				1
18	Establish reports	11/1/95 8:00am	4/16/96 5:00pm	Partial	1			23622	674469400	NEWS F	1	1
19	Lines of reporting	11/1/95 8:00am	4/16/96 5:00pm	Partial	1			20000	SERVING SERVING	Service Service	1	
20	Phase II: Compensation	3/4/96 8:00am	6/7/96 5:00pm	Pending				200				1
21	Revamp contributed-compensation system	3/4/96 8:00am	6/7/96 5:00pm	Pending	1				_	V		
22	DEVELOP VALID PERFORMANCE STANDARDS	8/18/95 8:00am	3/25/96 5:00pm	Partial	1	-	+		1776	31234 (S125) (S125)		
23	Phase I: Environment of Care	8/18/95 8:00am	10/24/95 5:00pm	Completed	1	J	+	_		▼	1	
24	Assess standards	8/18/95 8:00am	8/18/95 5:00pm	Completed		l Y		•				
25	Revise standards	8/19/95 8:00am	8/21/95 5:00pm	Completed	1	1						
26	Approval by standards committee and board of directors	10/24/95 8:00am	10/24/95 5:00pm	Completed		•		ı				
27	Phase II: Hospitalwide	10/15/95 8:00am	3/25/96 5:00pm	Partial	1			_				
28	Assess standards	10/15/95 8:00am	10/16/95 5:00pm	Completed	1			▼		•		

KEY: Critical Progress Summary 4

Noncritical

Milestone

Rolled Up 🔷



RCA²

Feedback

- •Feedback รายบุคคล
 - involved staff
 - involved patients/families

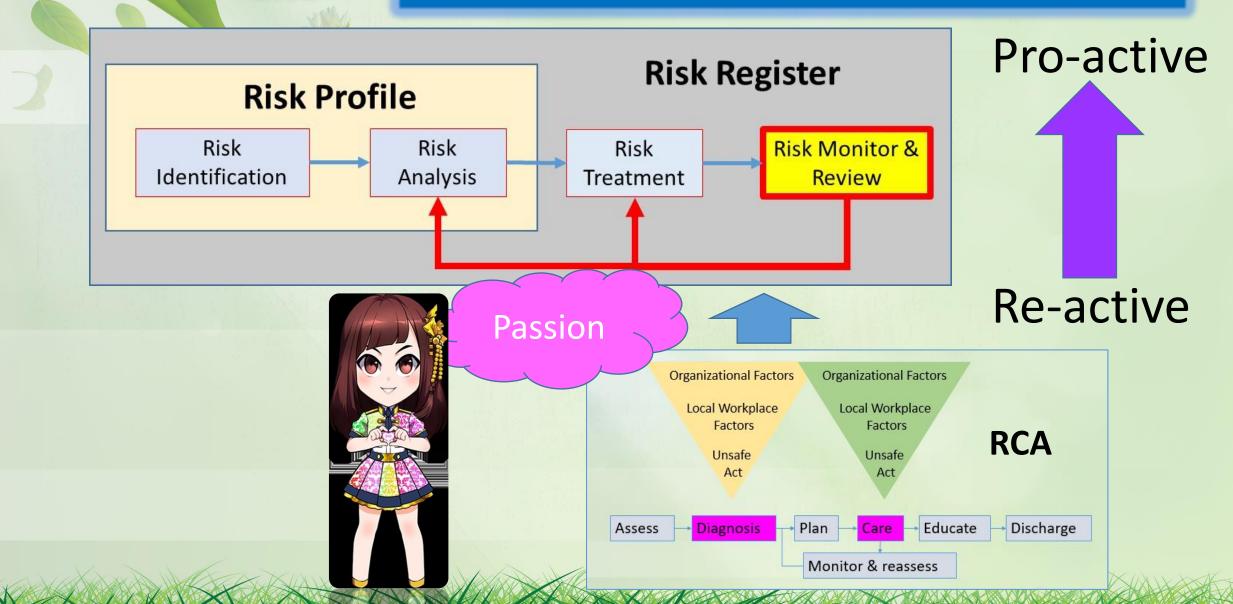
Feedback แก่องค์กร

create a culture of safety and reporting

•ปกปิดความลับ



ทำและใช้ RCA อย่างมี Passion





การติดตามกำกับโดยทีมนำ RCA2 process



Leadership and Board Support

RCA2 process

สนับสนุนทรัพยากร.

- Action
 - ให้การรับรอง หรือไม่รับรอง มาตรการที่ออกมา
- RCA2 ที่สำคัญ นำเสนอในที่ประชุมระบบกำกับดูแลองค์กร



TANDAUS PRINTER PRINTED TO BE SEEN TO FEBRUARY TO THE PRINTED PRINTED TO FEBRUARY TO THE PRINTED PRINTED TO FEBRUARY TO FEBRUA Ineffective RCA2

- 1. ไม่ระบุ หรือ มีหลักฐานสนับสนุนสาเหตุราก
- 2. มีการระบุตัวคน
- 3. ไม่เข้ากับกฎ 5 ข้อของสาเหตุที่แท้จริง
- 4. ไม่พบ stronger or intermediate strength action
- 5. Action ไม่ตรงกับสาเหตุราก



9 Warning Signs of Ineffective RCA²

- 6. ไม่มอบหมายบุคคลให้เป็นผู้ติดตาม
- 7. ไม่ระบุ วันสิ้นสุด ไม่ระบุการวัด.
- 8. ทบทวนนานเกิน 45 วัน
- 9. ไม่มั่นใจว่าองค์กรจะแก้ได้ตามที่เสนอมา











9th HA National Forum วันที่ 13-16 มีนาคม 2561

พิจารณาว่าจะทำไม่ทำอย่างไร ก่อนหลังอย่างไร?

High impact, low effort

"ทำเลย"

High impact, high effort

"ประเมินก่อนทำ"

Low impact, low effort

"แล้วแต่จะพิจารณา"

Low impact, high effort

"ควรหลีกเลี่ยง"

Rayac'lasu



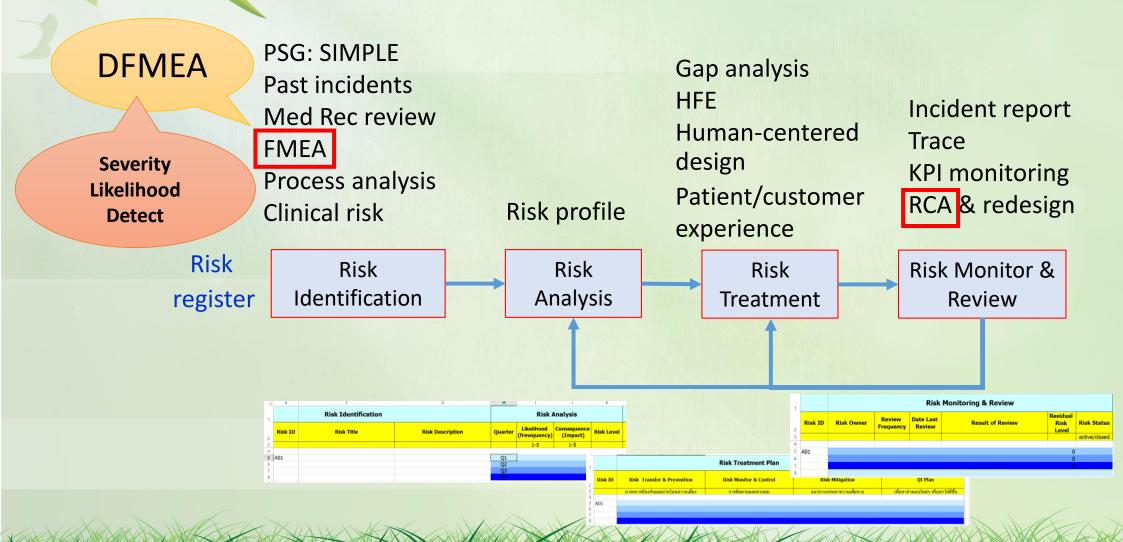
Measuring the RCA2 Process

Effectiveness and Sustainability

- Percent of cause/contributing factors written to meet the <u>Five Rules</u> of Causation
- Percent of RCA2 reviews with <u>at least one stronger or intermediate</u> strength action
- Percent of actions that are classified as <u>stronger or intermediate</u> strength
- Percent of actions that are implemented on time
- Percent of actions completed Audits or other checks that independently verify that <u>hazard mitigation</u>
 has been sustained over time
- Staff and patient <u>satisfaction</u> with the RCA2 review process (survey)
- Response to <u>AHRQ survey</u> questions pertinent to the RCA2 review process
- Percent of RCA2 results <u>presented to the board</u>



Proactive Risk Management โดยใช้ Risk Register ร่วมกับเครื่องมือคุณภาพต่าง ๆ





สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ขอเชิญเข้าร่วมงานประชุมวิชาการประจำปี 19th HA National Forum

ภายใต้ Theme

"คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม"





ขอบพระคุณ ที่รับฟังครับ