

透過RCA 提升醫療照護品質

文·圖／醫療品質部 副管理師 洪千惠

當初由於病人安全事件不斷被揭露，美國的醫療機構評鑑單位（JCAHO）意識到造成病人傷害的事件頻繁發生，必須建立對策及管控機制，乃於1997年要求所管轄的醫院，重要警訊事件必須在45天內完成根本原因分析（Root Cause Analysis, RCA）報告，事件通報作業與RCA的應用隨後在醫療界普遍受到重視與推廣。

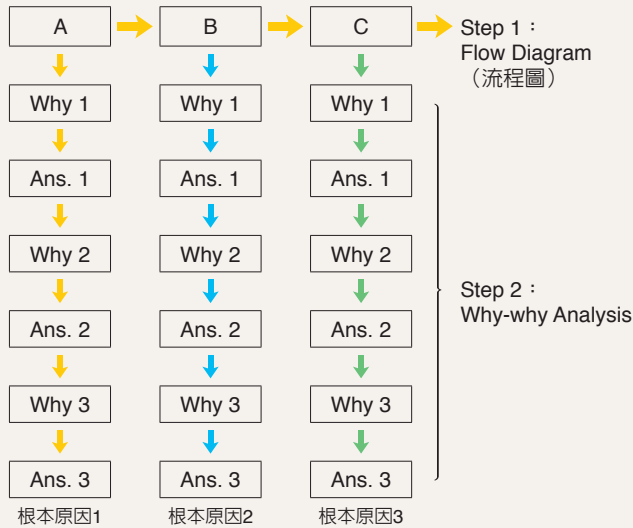


RCA實例分析，展現團隊合作精神

表1：嚴重度評估矩陣SAC MATRIX

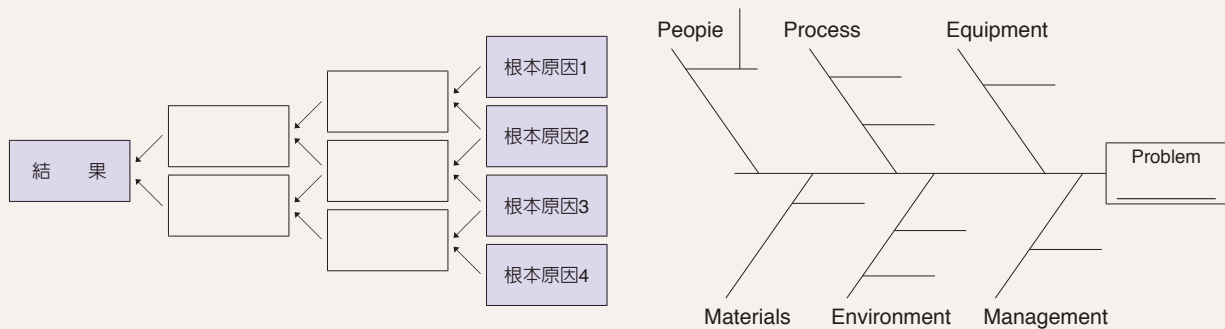
	極重度	重度	中度	輕度
經常發生	3	2	2	1
偶爾發生	3	2	1	1
稀少發生	3	2	1	1
極稀少發生	3	2	1	1

表2：RCA分析步驟



學習RCA，永遠不嫌晚

Step 3：因果關係圖或魚骨圖



Step 4：改善措施建議表

	根本原因	改善措施	執行期限	執行負責人	追蹤方法 / 時機	評估時間	主管簽核
1							
2							
3							

管理專家莊秀文便於《病人安全管理與風險管理實務導引》一書中提到RCA乃針對事件或事故，以一套系統化程序找出問題發生的根本原因，執行改善行動，避免類似問題重複發生。此分析方法目前也經常被工業界用來解決問題。

RCA可以應用在醫療照護過程中的警訊事件（包括傷害事件）、無傷害事件以及跡近錯失事件（near miss）。本院為提升醫療照護品質，分別今年4月22日及5月19日各舉辦一場「病人安全RCA工作坊」，邀請大里仁愛醫院詹廖明義總顧問予以指導。舉辦此一工作坊的目的在於增進各部門對於RCA分析手法的認識及運用技巧，以及培訓RCA種子教師，協助推廣RCA分析手法的應用。

詹廖明義總顧問在這兩場工作坊指導的重點包括：RCA概論、事件嚴重度評估（表1）、如何進行RCA、RCA分析手法及步驟（表2）、分析時的注意要點等。

進行RCA分析時，最常遇到的問題大致可分為3類：1.心態上的問題，可能影響分析的方向與深度而產生偏見；2.邏輯上的問題，可能影響分析的正確性而誤判原因；

3.工具上的問題，可能影響分析的效率而拖延時間。因此，詹廖總顧問特別傳授了RCA的簡易記憶法（Mnemonic），讓大家在分析的過程，能透過捷徑快速檢視導致事件發生的因素：

“PEERS BEST COM” stands for :

- Patient（病人）
- Equipment（設備）
- Environment（環境）
- Rule（規則）
- Staff（員工）
- Barrier（障礙）
- Education（教育）
- Supervision（監督）
- Training（訓練）
- Communication（溝通）

「病人安全RCA工作坊」透過RCA實例分析、分組演練及成果報告分享，有助於提升同仁的學習效果，期望在RCA的概念及應用推廣之下，本院的醫療照護品質越來越好，為病患營造更滿意與更安全的就醫環境。☺



RCA實例分析分組演練