RCA:ภาคฝึกปฏิบัติ

น้องนุช ภูมิสนธิ์ วทบ.(พยาบาลและผดุงครรภ์) พยม.(บริหารการพยาบาล)พยาบาลชำนาญการพิเศษ
หัวหน้างานบริหารจัดการความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

แนวทางการทำกิจกรรม

1. จงบอกระดับความสำคัญและความรุนแรงของอุบัติการณ์นี้ (เกณฑ์ที่บอกว่า เมื่อไรจึงทำ RCA)
2. ทดลองทำ RCA อุบัติการณ์นี้ โดยตอบคำถามว่า
   - 2.1 เกิดอะไรขึ้น
   - 2.2 ทำไมจึงเกิด (แนวทางการทำ RCA)
   - 2.3 จะป้องกันการเกิดซ้ำได้อย่างไร
3. เจ้าภาพจัด RCA อุบัติการณ์นี้ ควรเป็นระดับใด
   - 3.1 ระดับ ร.พ.
   - 3.2 ระดับทีมคร่อมสายงาน (องค์ประกอบของทีมทำ RCA)
   - 3.3 ระดับหน่วยงาน

   ประกอบด้วยใครบ้าง

มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เมื่อไรจะทำ RCA

- เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดความรุนแรง (**potential adverse event**)
- เกิดเหตุการณ์ไม่ประสงค์รุนแรง (**sentinel event**)
- เกิดเหตุการณ์ **Near miss ซ้ำบ่อยๆ : ทำภาพรวม**
- ไม่อยากให้**เกิดการกระทำที่ไม่ปลอดภัย**โดยไม่ตั้งใจ ที่อาจทำให้เกิดความเสี่ยงรุนแรง

หากมองเห็นแนวทางแก้ปัญหาชัดเจน อาจไม่จำเป็นต้องทำ RCA : ให้แก้ไขปัญหาเลย

เหตุการณ์ประเภทใดจึงทำ RCA

เหตุการณ์สำคัญ	ผลลัพธ์	การจัดการ
Sentinel Event	รุนแรง	☞ ลดผลกระทบทันที ☞ ส่งรายงานภายใน 6 ชม. ☞ ต้องป้องกันการเกิดซ้ำ
Potential Adverse Event	ไม่รุนแรง High risk	☞ ต้องป้องกันการเกิดซ้ำ
Event	ไม่รุนแรง	☞ ผู้บริหารรับทราบ ☞ แก้ไข ป้องกัน

กิจกรรมกลุ่ม

1. ทดลองทำ RCA อุบัติการณ์นี้ โดยตอบคำถามว่า

   2.1 เกิดอะไรขึ้น

   2.2 ทำไมจึงเกิด (แนวทางการทำ RCA)

   2.3 จะป้องกันการเกิดซ้ำได้อย่างไร

2. เจ้าภาพจัด RCA อุบัติการณ์นี้ ควรเป็นระดับใด

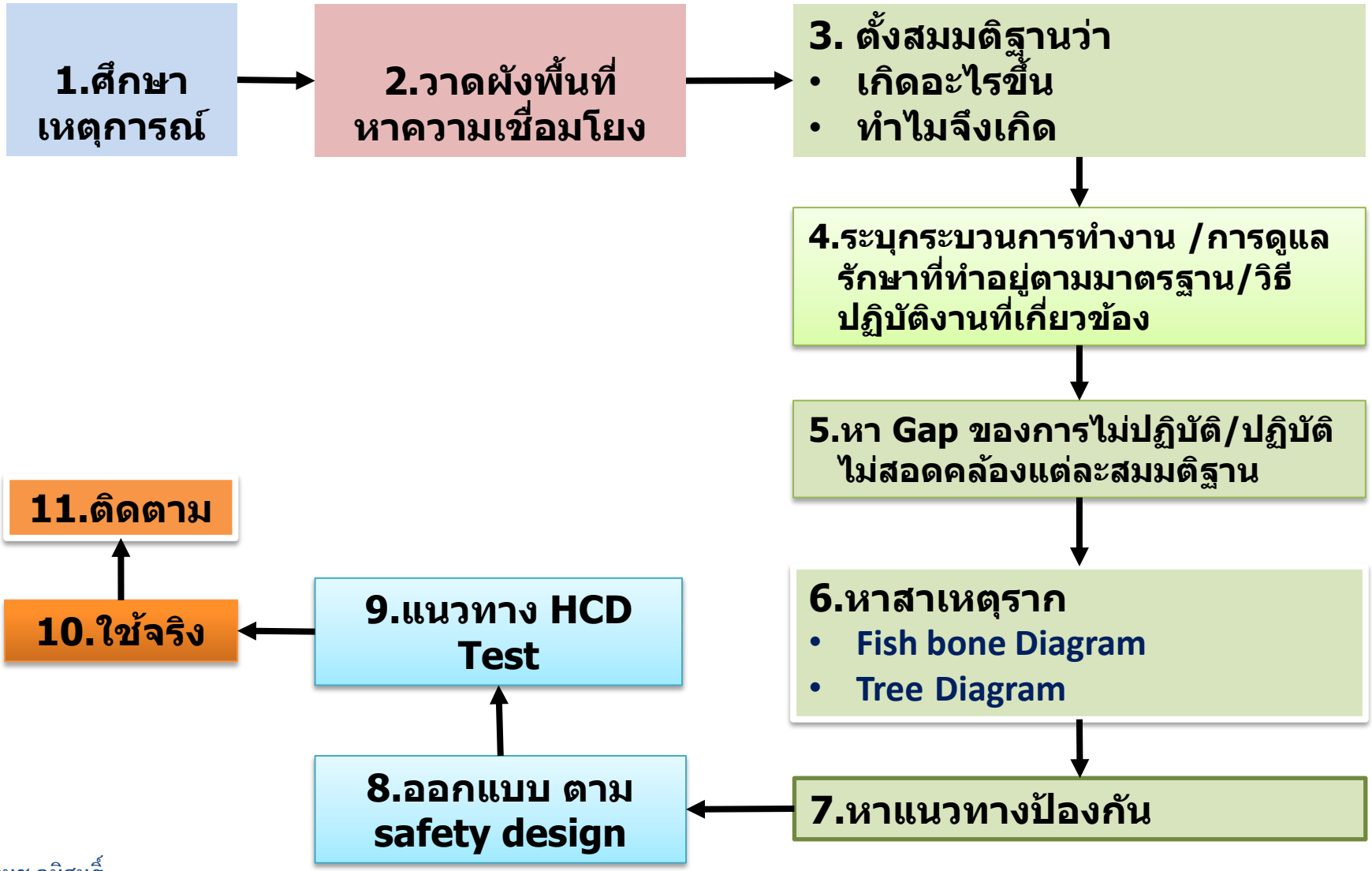
   3.1 ระดับ ร.พ.

   3.2 ระดับทีมคร่อมสายงาน (องค์ประกอบของทีมทำ RCA)

   3.3 ระดับหน่วยงาน

   ประกอบด้วยใครบ้าง

กระบวนการหลักของ RCA^2



น้องนุช ภูมิสนธิ์

สรุปแนวทางการทำ RCA

ทำก่อนจัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง

1. ศึกษาเหตุการณ์ที่จะทำ RCA
2. เขียนเส้นทาง โดยใช้คน หรือสิ่งของที่ได้รับความเสียหายเป็นตัวเดินเรื่อง หรือ เดินตามกระบวนการทำงาน หรือ การดูแลรักษาที่ทำอยู่ตามมาตรฐาน หรือวิธีปฏิบัติงาน
3. ตั้งโจทย์ว่าเกิดอะไรขึ้น ให้ครอบคลุม หาสาเหตุของแต่ละโจทย์ว่ามาจากอะไรได้บ้าง โดยใช้สมมติฐานที่เป็นไปได้ ใช้คำถาม Why?
4. หาข้อมูลจากแหล่งที่เกี่ยวข้อง เช่น เวชระเบียน แบบบันทึกข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในเรื่องนั้นๆ สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง หรือขอดูกระบวนการทำงาน
5. เขียนเส้นทาง พร้อมความเชื่อมโยง จากจุดเกิดเหตุและไกลออกไป จากภายในองค์กร ไปภายนอกองค์กร (ถ้ามี)
6. สรุป เกิดอะไรขึ้น มีสาเหตุจากอะไรเป็นแผนภาพ เพื่อเป็นสมมติฐาน
7. จัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง หาข้อยุติ พร้อมหลักฐานที่ปรากฏจริง ตัดสมมติฐานที่ไม่ใช่ความจริงของเหตุการณ์นี้
8. สรุปสิ่งที่เป็นสาเหตุ และสิ่งที่ต้องปรับปรุง เพื่อนำไปออกแบบและใช้งาน

การอบรมครั้งนี้ ต้องการเน้นกิจกรรมที่ 1-2 เพราะเป็นขั้นตอนสำคัญที่ผู้เรียนต้องทำให้ได้ก่อน ที่จะไปจัดประชุม เชิญผู้เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลที่เป็นจริงของเหตุการณ์นี้ค่ะ ส่วนการออกแบบเกิดขึ้นหลังจากการจัดประชุมทำ RCA ความสำเร็จอยู่ที่ การติดตาม การนำไปใช้จริง

ทบทวนด้วยข้อมูลจริง (Management by Fact)

จัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง

หาข้อยุติ พร้อมหลักฐานที่ปรากฏจริง ตัดสมมติฐานที่ไม่ใช่ความจริงของเหตุการณ์นี้

1.1 ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย นอก-ใน

- สิ่งที่ต้องมี มี ?
- ความสมบูรณ์
- ความสอดคล้อง
- เป็นเหตุ-เป็นผล
- ลำดับเวลา

1.2 ขอดูกระบวนการทำงาน

ใครเกี่ยวข้องบ้าง
ทำอย่างไร

- Flow
- Algorithm
- Care Map

1.3 การสัมภาษณ์ เหตุการณ์ปกติ

เราทำงานกันอย่างไร
เราให้การดูแลรักษาอย่างไร
เหตุการณ์ครั้งนี้ผิดปกติอย่างไร

- หาข้อเท็จจริง
- สาเหตุเฉพาะ สาเหตุร่วม สาเหตุเชิงระบบขององค์กร
- เพื่อหาโอกาสพัฒนา ไม่ตำหนิ

1.4 เก็บหลักฐานทางกายภาพ & เอกสาร

19th HA National Forum วันที่ 13-16 มีนาคม 2561

ค่าคุณภาพ SSSM

Institute for Healthcare Improvement

NPSF
National Patient Safety Foundation®

Joint Commission International
Accredited Hospital

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.

สรุปสิ่งที่เป็นสาเหตุ และสิ่งที่ต้องปรับปรุง
เพื่อ*นำไปออกแบบและใช้งาน*

Weaker

Weaker Actions (these tasks require more reliance on humans to remember to perform the task correctly)	Double checks	Check แล้ว check อีก	n.
	Warnings	ระบบเตือน	
	New procedure/ memorandum/policy	ใส่กระบวนการ /เน้นย้ำเพิ่ม/ ประกาศนโยบายใหม่	
	Training	ฝึกอบรม	

Stronger

	Action Category	Example
Stronger Actions (these tasks require less reliance on humans to remember to perform the task correctly)	Architectural/physical plant changes	เปลี่ยนสถาปัตยกรรม / กายภาพ
	New devices with usability testing	เปลี่ยนอุปกรณ์ใหม่พร้อมผ่านการทดสอบในการใช้
	Engineering control (forcing function)	ควบคุมเชิงวิศวกรรม
	Simplify process	Lean/six sigma
	Standardize on equipment or process	สอบเทียบมาตรฐานเครื่องมือและกระบวนการ
	Tangible involvement by leadership	ผู้นำสูงสุดเข้าร่วมตลอดการปรับปรุง

Intermediate Actions	Redundancy	ทำเพิ่มพร้อมกัน	sk medication dosages.
	Increase in staffing/decrease in workload	เพิ่มคน / ลดงาน	ads peak during the day.
	Software enhancements, modifications	ปรับ Software	
	Eliminate/reduce distractions	กำจัด/ลดสิ่งรบกวนสมาธิ	ps; remove distractions for
	Education using simulation-based training, with periodic refresher sessions and observations	เรียนรู้ด้วย Simulation	vironment, with after action **termediate**
	Checklist/cognitive aids	รายการสิ่งที่ต้องทำ/ช่วยคิดช่วยจำ	operating rooms. Use a checklist es.
	Eliminate look- and sound-alikes	กำจัดสรรพ LASA	the unit medication room.
	Standardized communication tools	สร้างระบบสอบทานการสื่อสาร	-back or repeat-back for all ver- nt handoff format.
	Enhanced documentation, communication	สร้างจุดเด่นเพื่อสื่อสาร	s.

ตัวอย่างการทำ RCA

- ผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปี โรค LGIB and colitis and bipolar disorder
- รับไว้ในหอผู้ป่วย (ชั้น 12 ของอาคาร) ด้วยอาการถ่ายเป็นเลือดตั้งแต่ 10 วันก่อน เพื่อแก้ไขอาการและเตรียมจะตรวจส่องกล้องลำไส้ ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลไม่มีอาการผิดปกติใดๆ สามารถเดินเข้าห้องน้ำทำกิจวัตรประจำวันได้เอง จึงจัดให้ผู้ป่วยนอนในเตียง Zone ที่ไม่ต้องดูแลใกล้ชิด
- วันนี้ผู้ป่วยมีนัดส่องกล้อง เวลา 10.00 น.
- เช้านี้ เวลา 06.05 น. ผู้ป่วยลุกพรวดพราดผลักหน้าต่างและปีนออกไปที่ระเบียงหน้าตึก พยาบาลลูกน้องเวรดึกเข้าไปพยายามช่วยเพื่อนำตัวคนไข้เข้ามา โดยจับเสื้อผู้ป่วยได้ แต่ผู้ป่วยปัดมือขัดขืน และพยาบาลหัวหน้าเวรพยายามเรียกผู้ป่วยเข้ามา แต่ผู้ป่วยไม่รับรู้และเดินไปขอบระเบียงทรุดตัวลงนั่งและปล่อยตัวลงจากระเบียง สู่ชั้นหลังคาตึกค้างเคียง (เทียบได้กับชั้น 3 ของอาคาร)
- รีบโทรศัพท์รายงาน Code Jump และผู้อำนวยการโรงพยาบาลนอกเวลา นำผู้ป่วยไปตึกอุบัติเหตุเวลา 06.40 น. ผู้ป่วยเสียชีวิต

ข้อมูลเพิ่มเติม

- ภายหลังเกิดเหตุทีม RM ที่ช่วยดูแลการควบคุมความเสียหายและประเมินความเสี่ยงต่อการร้องเรียนหรือฟ้องร้อง ได้พบกับญาติที่เป็นบุตรชายที่ตร.อุบัติเหตุ ได้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า
  - ผู้ป่วยเป็นข้าราชการบำนาญ ไม่ได้แต่งงาน แต่ขอตนเองและพี่สาวมาเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรมตั้งแต่เด็ก
  - ปกติพี่สาวเป็นคนดูแลผู้ป่วย เมื่อคืนพี่สาวประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต ตนจึงโทร.บอกผู้ป่วย และแจ้งว่า เช้านี้คงไม่มีใครมาส่งตอนเข้าห้องผ่าตัด เพราะต้องไปจัดการเรื่องของพี่สาวก่อน
  - ตอนที่โทร.มาบอกผู้ป่วยฟังแล้วเงียบไป ประกอบกับตนรีบ จึงวางสายโทร.อย่างรวดเร็ว และไม่คิดว่าผู้ป่วยจะกระโดดลงมาเช่นนี้
  - ปกติก็ไม่ค่อยสนิทกับผู้ป่วยเท่าไร จึงไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยมากนัก

กิจกรรมที่ 1

1. <u>ศึกษาเหตุการณ์</u>ที่จะทำ RCA
2. <u>เขียนเส้นทาง</u> โดยใช้คน หรือสิ่งของที่ได้รับความเสียหายเป็นตัวเดินเรื่อง หรือ เดินตามกระบวนการทำงาน หรือ การดูแลรักษาที่ทำอยู่ตามมาตรฐาน หรือ วิธีปฏิบัติงานจะเชิญใครบ้างเข้าประชุมเพื่อทำ RCA เรื่องนี้
3. ตั้งโจทย์ว่า<u>เกิดอะไรขึ้น</u> ให้ครอบคลุม
4. <u>พิจารณาบุคคล</u>ที่จะเชิญเข้าประชุมเพื่อเพื่อทำ RCA

Care process ต้องดี

รับไว้ในความดูแล

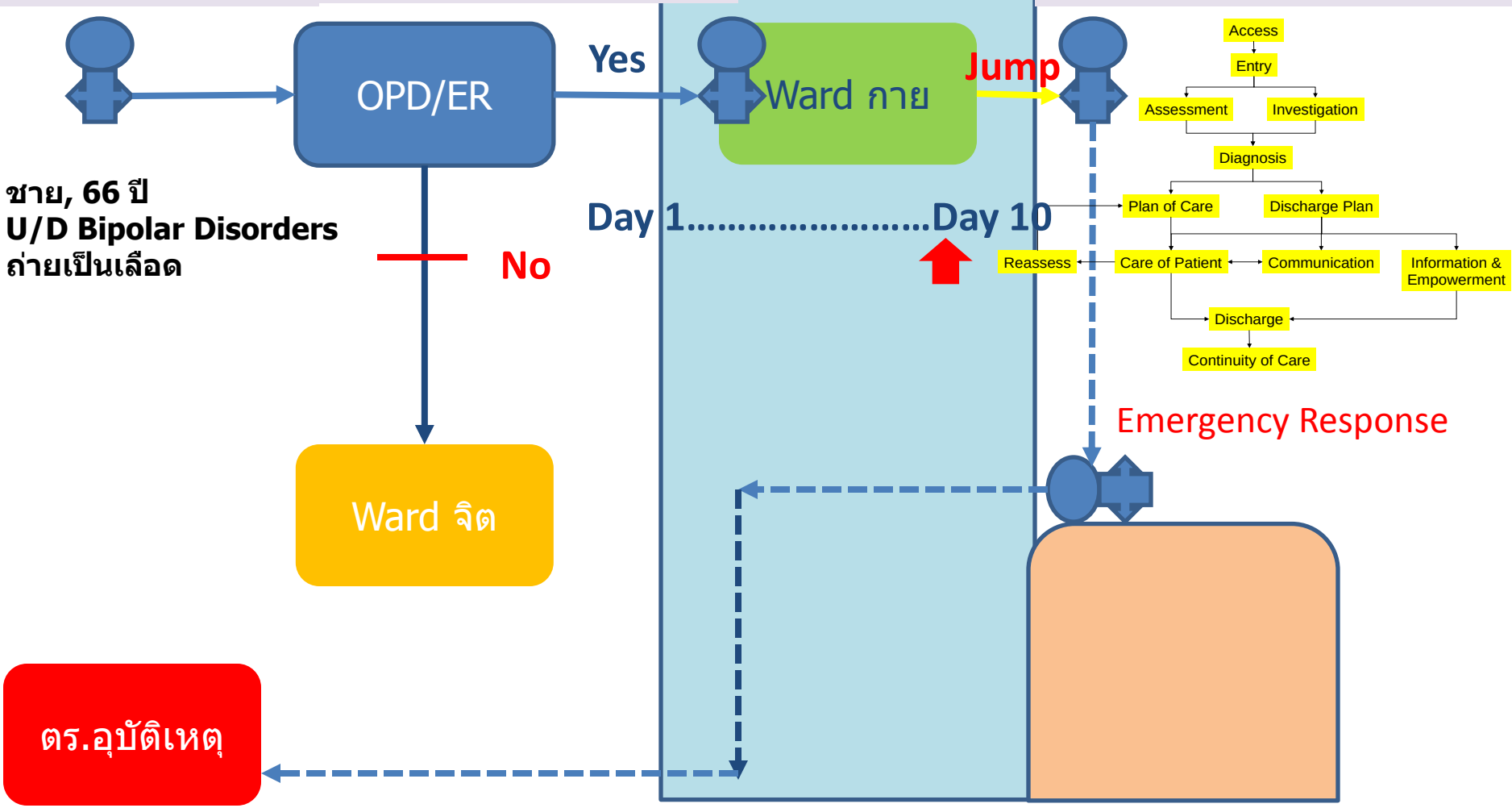
- ประเมิน
- ซักประวัติ
- ตรวจร่างกาย
- **Lab /X-Ray**

- วินิจฉัย
- ตัดสินใจ
- วางแผนการรักษา เกณฑ์ ทางเลือก
- ให้ข้อมูล ความเสี่ยง มีส่วนร่วม ตัดสินใจ

การรักษา

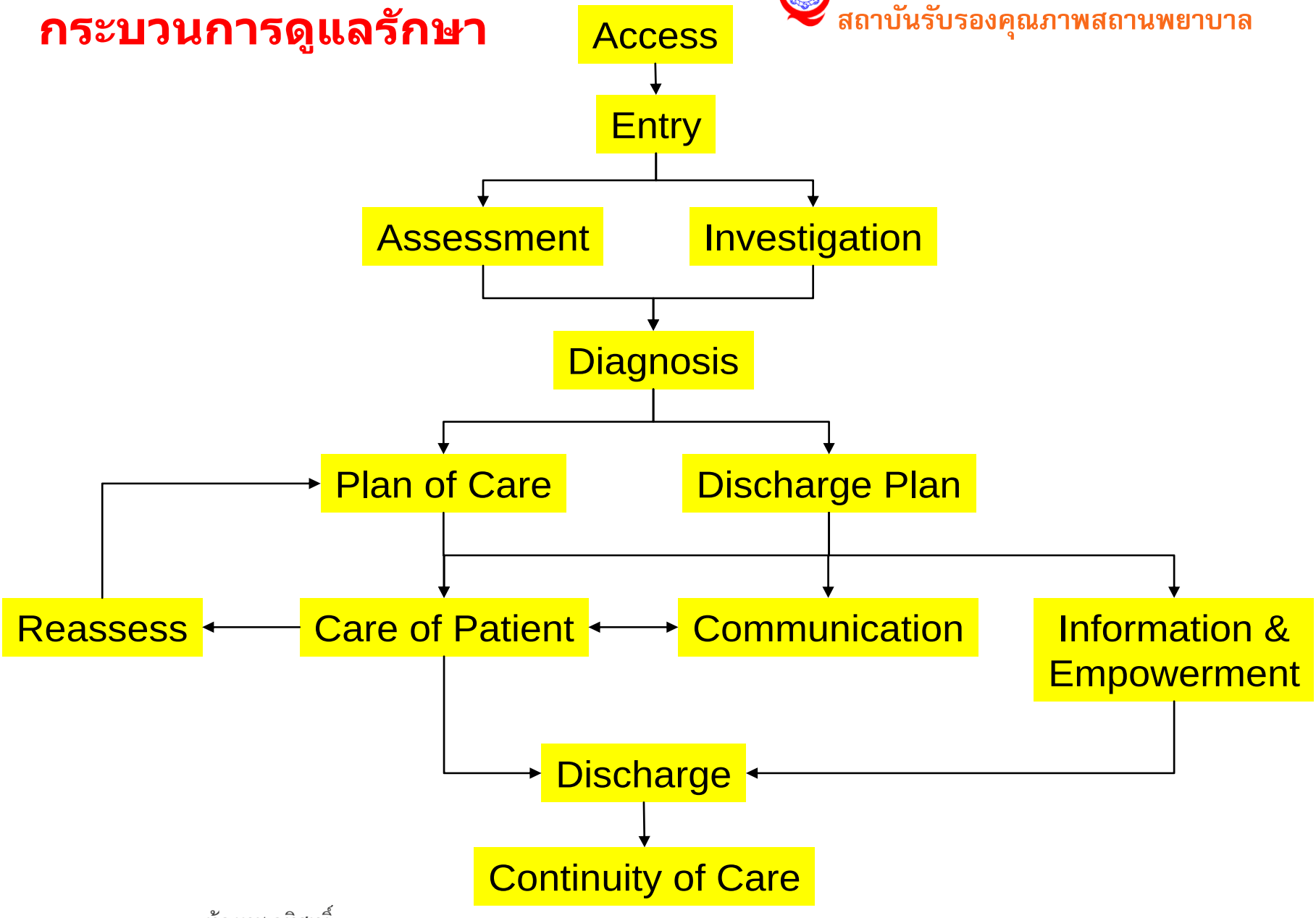
- ประเมินความเสี่ยง
- จัดการความเสี่ยง
- ประเมินผล ได้ผลดี
- การให้ข้อมูลกับทีม ผู้ป่วย/ญาติ

ทำซ้ำจนจำหน่ายจากความดูแล



น้องนุช ภูมิสนธิ์

กระบวนการดูแลรักษา



1. Care process ต้องดี
   - รับไว้ในความดูแล
   - ประเมิน
     - ซักประวัติ
     - ตรวจร่างกาย
     - Lab /X-Ray
     - ตัดสินใจ
   - วินิจฉัย
   - วางแผนการรักษา เกณฑ์ ทางเลือก
   - ให้ข้อมูล ความเสี่ยง มีส่วนร่วมตัดสินใจ
   - รักษา
     - Medication
     - Operation
     - Nutrition
     - Rehabilitation

The very first requirement in a hospital is that it should do the sick no harm

Florence Nightingale

2. ประเมินความเสี่ยง
   - จัดการความเสี่ยง
   - ได้ผลดี
   - จำหน่ายจากความดูแล

3. เกิด AE/SE
   - แก้ไข
   - รายงานอุบัติการณ์
   - จัดประชุมทบทวน
   - สื่อสารกับทีม
   - วางแผนช่วยเหลือ
   - สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ

- ประเมินซ้ำ
- Communication SBAR
- ให้ข้อมูล
- Consult ร่วมประเมินและรักษา
- Emergency response
- บันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพ

- วางแผนจำหน่าย
- จำหน่าย
- ดูแลต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายส่วนเกิน การพาตรวจติดตามผลการรักษา
- การช่วยเหลือหากเสียชีวิต

องค์ประกอบและบทบาทของสมาชิก

- **เป็นการประชุมทำ RCA ระดับใด**
  ❑หน่วยงาน ✓❑คร่อมสายงาน ✓❑รพ.
- **เชิญใครบ้าง**
  1.แพทย์เจ้าของไข้ (ศัลย์)
  2.แพทย์ประจำบ้าน (ศัลย์)
  3.พยาบาลประจำ ward (ศัลย์)
  4.ทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเกี่ยวข้อง (จิตเวช)
  5.ทีม code Jump (สื่อสาร รปภ)
  6.ทีม ตร.อุบัติเหตุ (แพทย์ พยาบาล)
  7.ทีม RM (รพ.ภาควิชา ฝ่าย/งาน ที่เกี่ยวข้อง)

ประธาน
- -กล่าวขอบคุณ
- -ไม่กล่าวโทษ
- -มุ่งประโยชน์อนาคตปรับระบบโดยเข้าใจข้อจำกัดและธรรมชาติของคน
- -ขอให้พูดความจริง

เจ้าของไข้ เล่าเรื่อง
- •Care process
- •ข้อมูล การตัดสินใจ

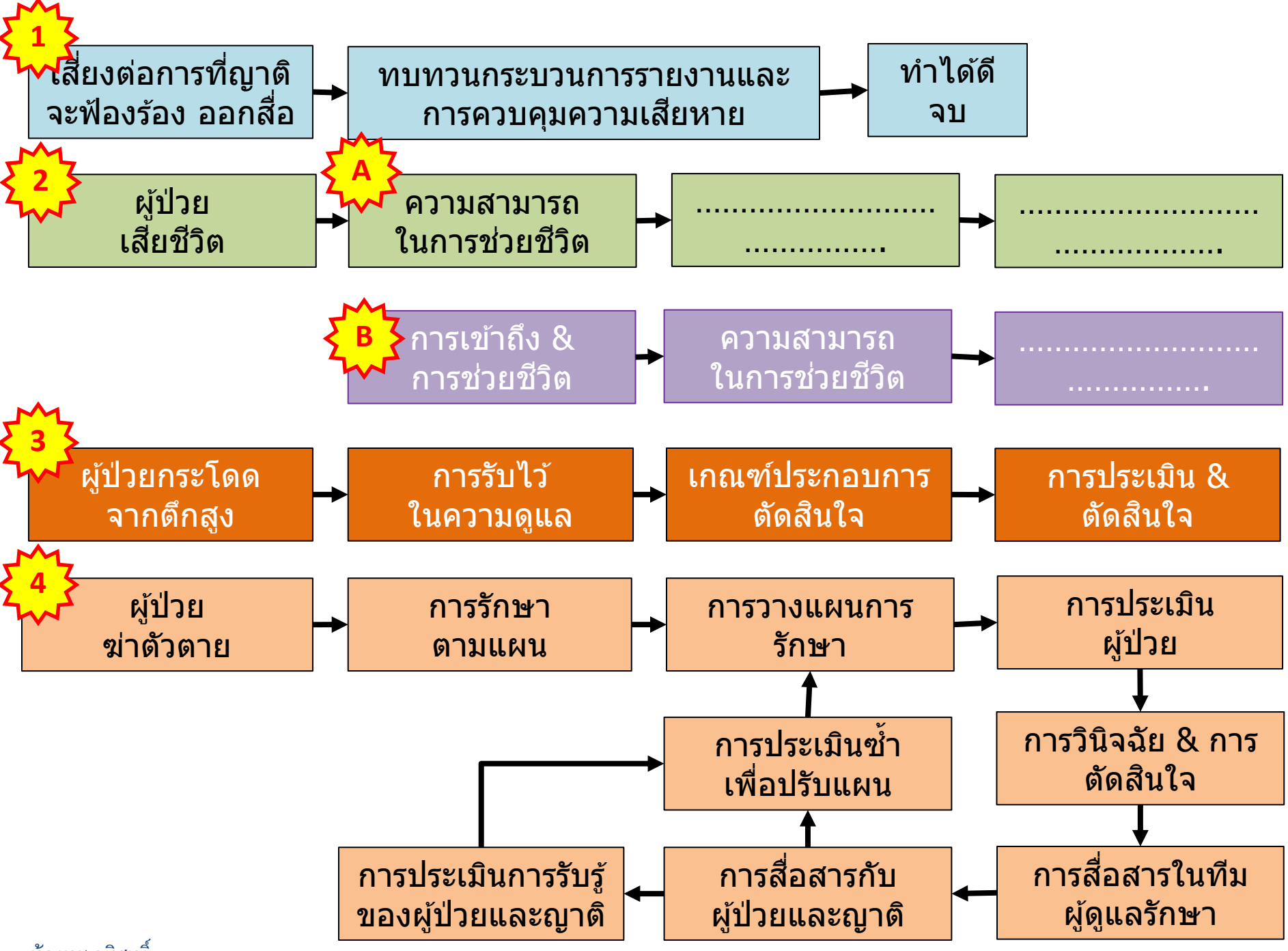
เจ้าของพื้นที่
- Care process
- ข้อมูล การตัดสินใจ

ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ดูแลต่อเนื่องหลังเกิดเหตุ
- ให้ข้อมูล/ความคิดเห็น
- ความจริงที่พบ

RM/Key actor
- บันทึก
- Mapping กับสมมติฐานดูความครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องซึ่งอาจเป็นสาเหตุ
- สรุปเกิดอะไรขึ้น สาเหตุ active - latent failure และแนวทางแก้ไข

ทำไมจึงทำ RCA

ขั้นตอนการทำ RCA
- ทบทวนเหตุการณ์
- หาจุดเปลี่ยน
- รับฟังคนทำงาน
- หาปัจจัยที่เป็นสาเหตุ
  - Turning point
  - Cognitive walkthrough
  - Conventional why
  - Comprehensive scan
- หาแนวทางเชิงป้องกัน


1
เสี่ยงต่อการที่ญาติ จะฟ้องร้อง ออกสื่อ
ทบทวนกระบวนการรายงานและ การควบคุมความเสียหาย
ทำได้ดี จบ
2
ผู้ป่วย เสียชีวิต
A
ความสามารถ ในการช่วยชีวิต
.....
.....
.....
.....
B
การเข้าถึง & การช่วยชีวิต
ความสามารถ ในการช่วยชีวิต
.....
.....
3
ผู้ป่วยกระโดด จากตึกสูง
การรับไว้ ในความดูแล
เกณฑ์ประกอบการ ตัดสินใจ
การประเมิน & ตัดสินใจ
4
ผู้ป่วย ฆ่าตัวตาย
การรักษา ตามแผน
การวางแผนการ รักษา
การประเมิน ผู้ป่วย
การวินิจฉัย & การ ตัดสินใจ
การสื่อสารในทีม ผู้ดูแลรักษา
การสื่อสารกับ ผู้ป่วยและญาติ
การประเมินซ้ำ เพื่อปรับแผน
การประเมินการรับรู้ ของผู้ป่วยและญาติ

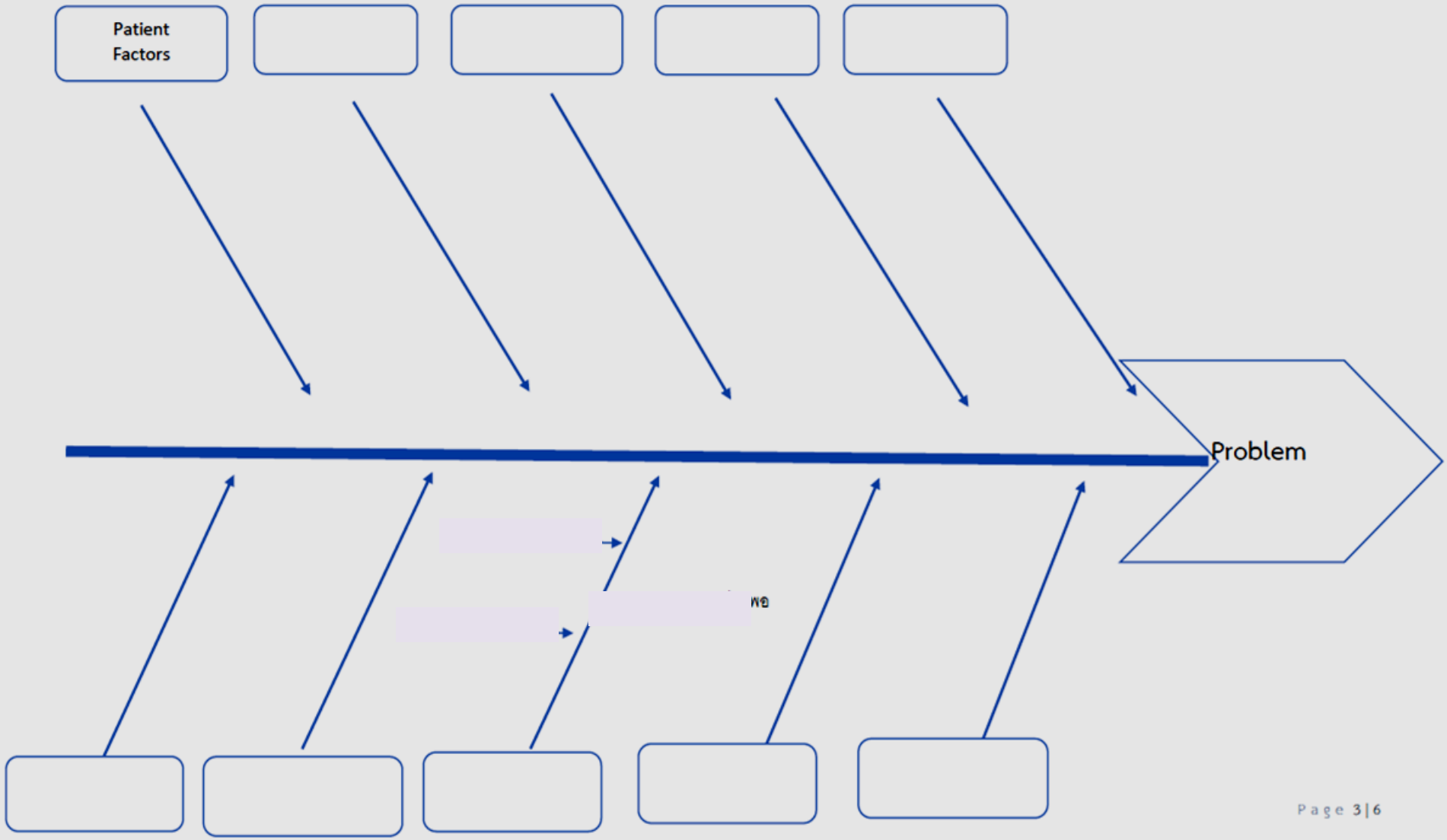
น้องนุช ภูมิสนธิ์

กิจกรรมที่ 2

5. หาสาเหตุของแต่ละโจทย์ว่ามาจากอะไรได้บ้าง โดยใช้สมมติฐานเท่าที่เป็นไปได้มากที่สุด (อาจใช้คำถาม Why?)
6. หาข้อมูลจากแหล่งที่เกี่ยวข้อง เช่น เวชระเบียน แบบบันทึกข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในเรื่องนั้นๆ สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง หรือขอดูกระบวนการทำงาน (สมมุติข้อมูลเพิ่มเติม)
7. เขียนเส้นทาง พร้อมความเชื่อมโยง จากจุดเกิดเหตุ ไกลออกไป ภายในองค์กร และภายนอกองค์กร (ถ้ามี) หาข้อยุติพร้อมหลักฐานที่ปรากฏจริง ตัดสมมติฐานที่ไม่ใช่ความจริงของเหตุการณ์นี้
8. สรุปสิ่งที่เป็นสาเหตุ และสิ่งที่ต้องปรับปรุง เพื่อนำไปออกแบบและใช้งาน
9. ทบทวนอีกครั้งว่าจะเชิญใครบ้างเข้าประชุมเพิ่มเติม

มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล

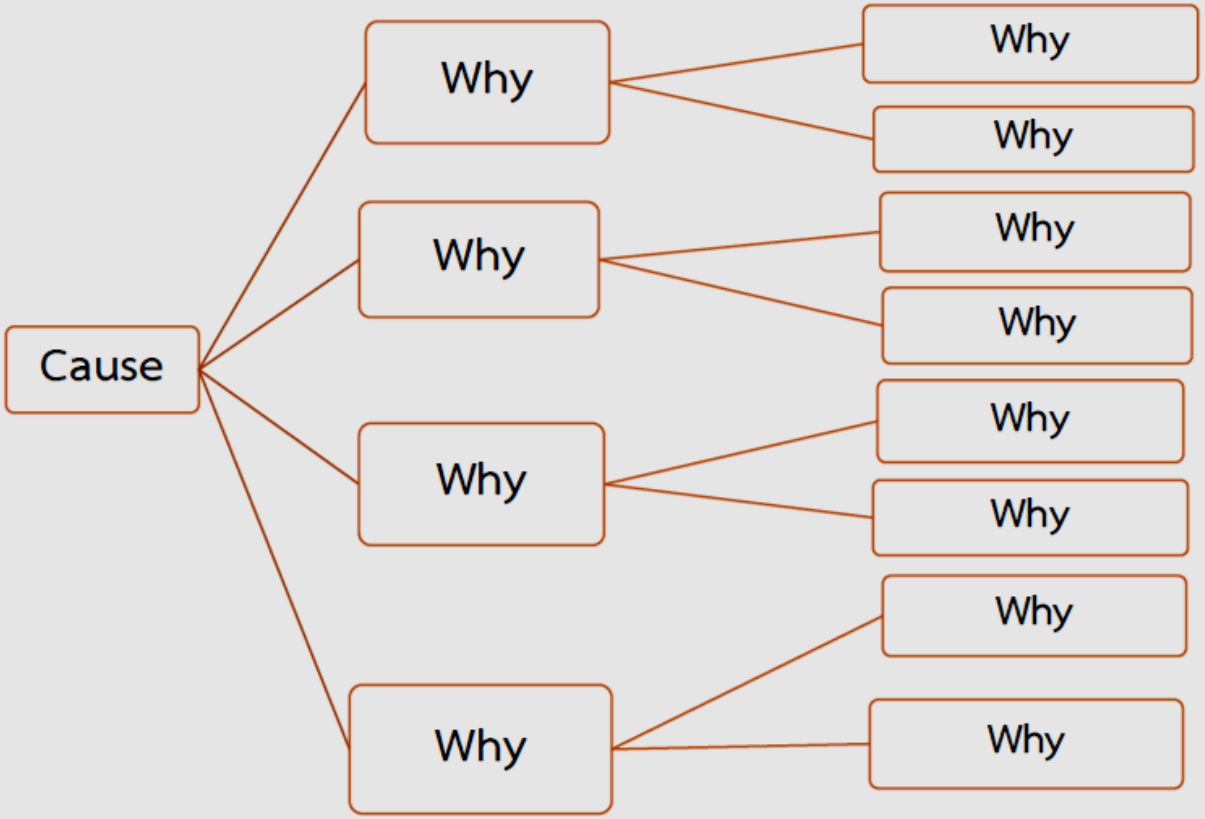
การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา โดยใช้ Fishbone Diagram หรือ



ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA) and ACTION REPORT FORM

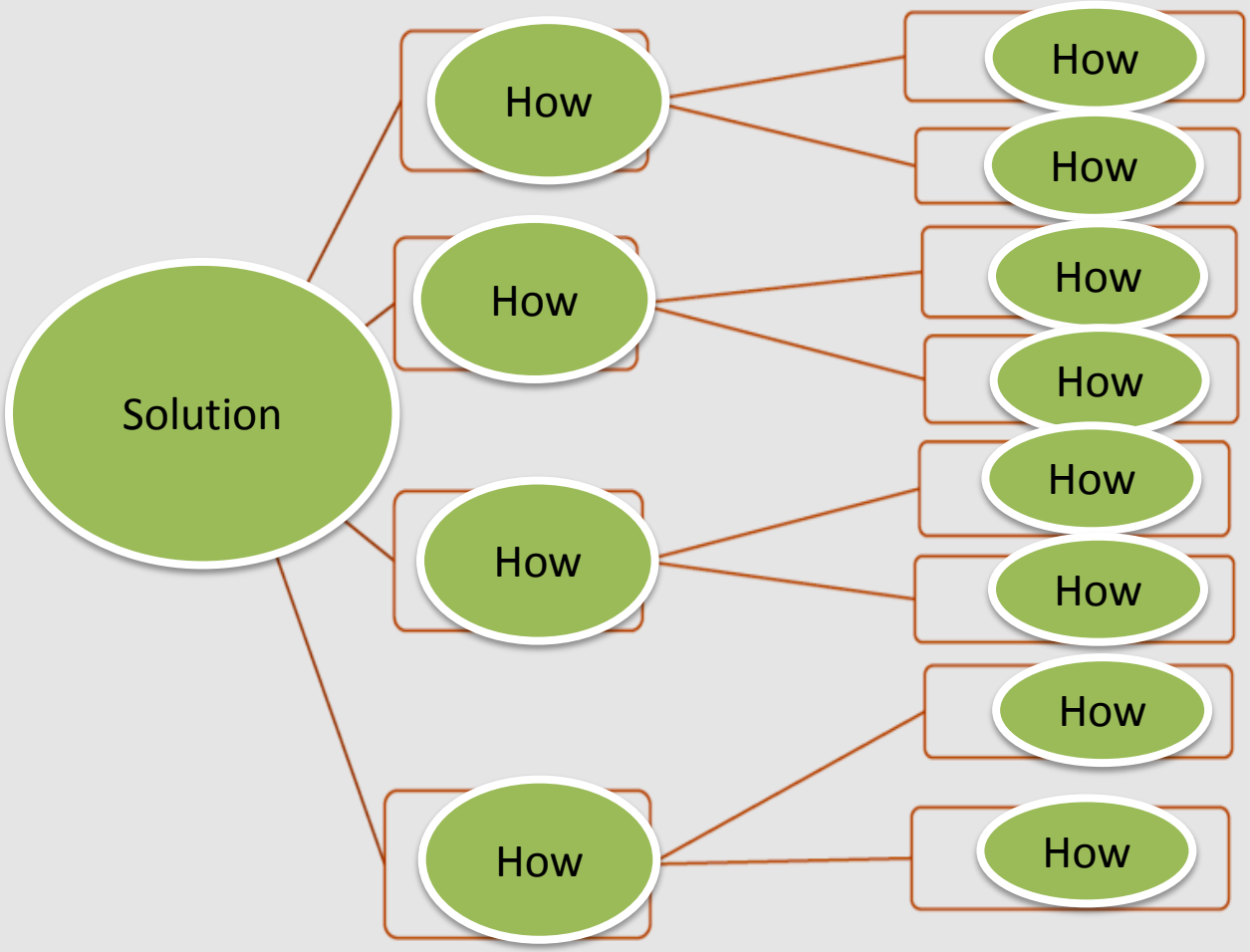
มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล

การวิเคราะห์รากของปัญหา โดยใช้ Tree diagram หรือ 5Why



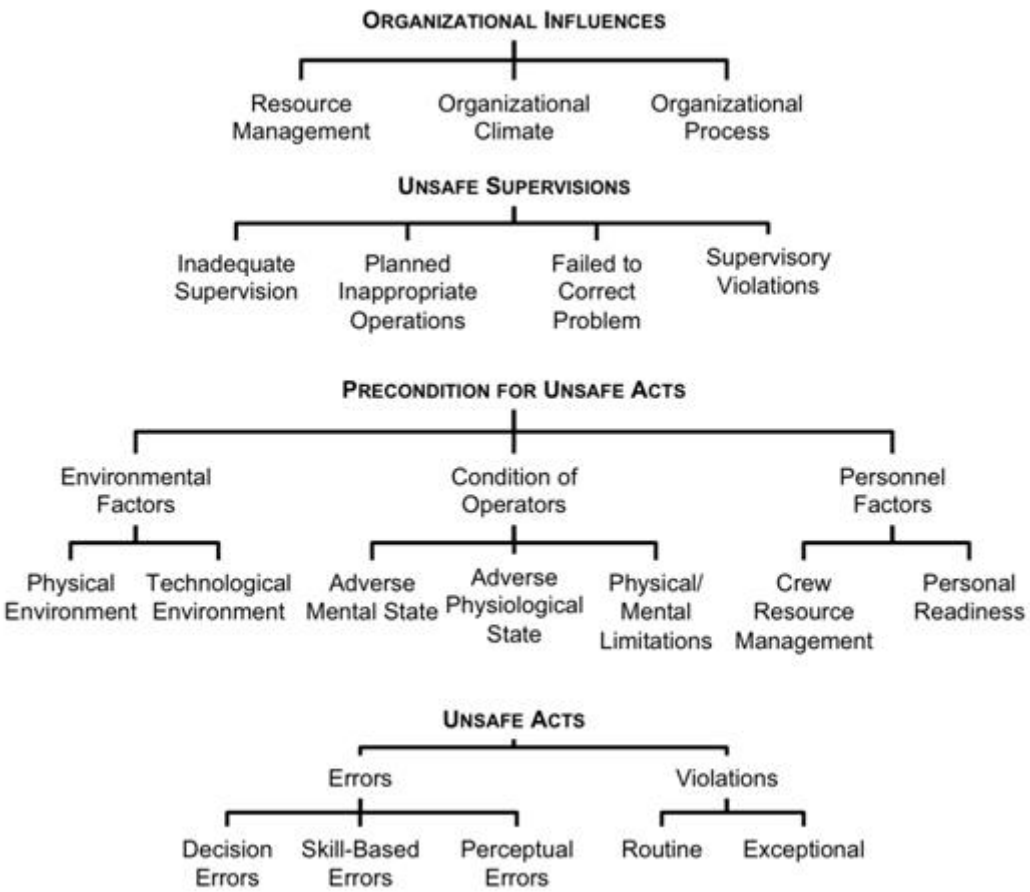
ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA) and ACTION REPORT FORM

การวิเคราะห์รากของปัญหา โดยใช้ Tree diagram หรือ 5Why

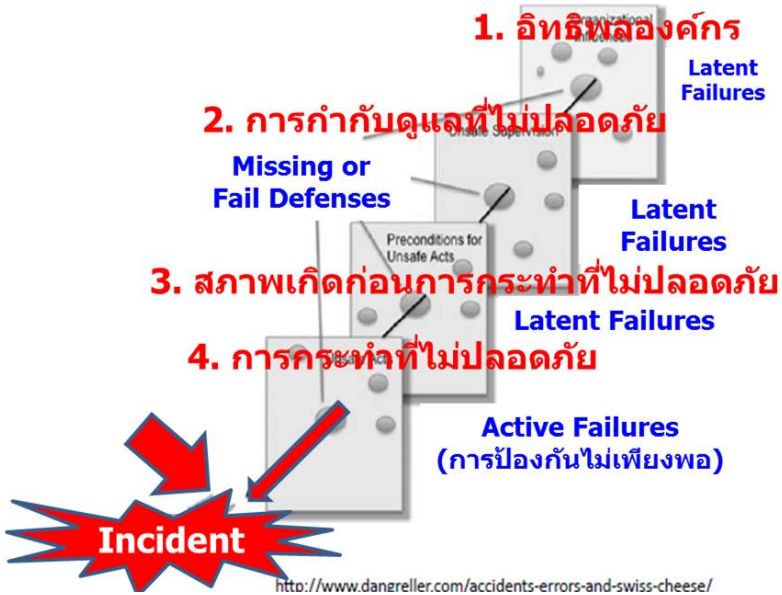


ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA) and ACTION REPORT FORM

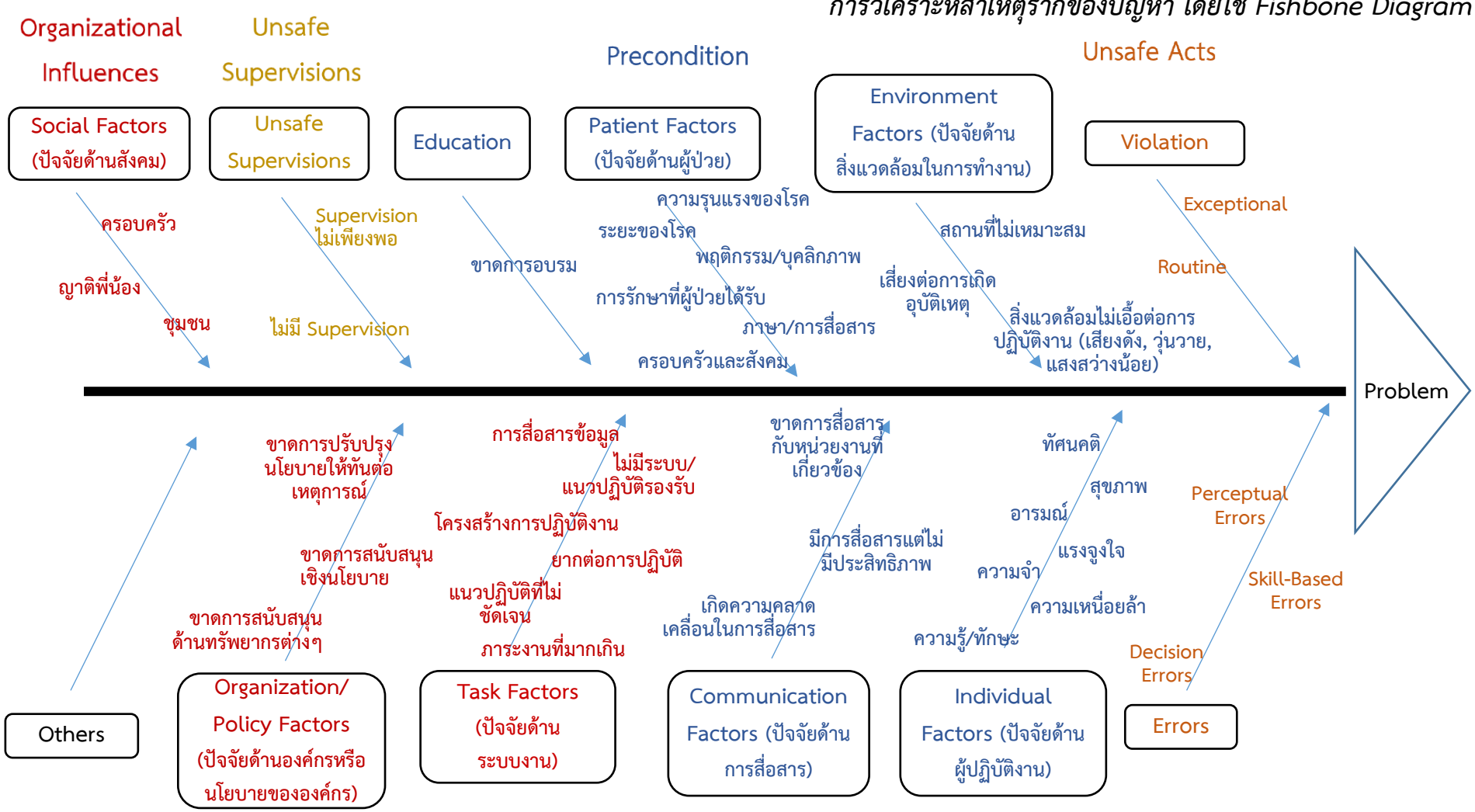
HFACS Model



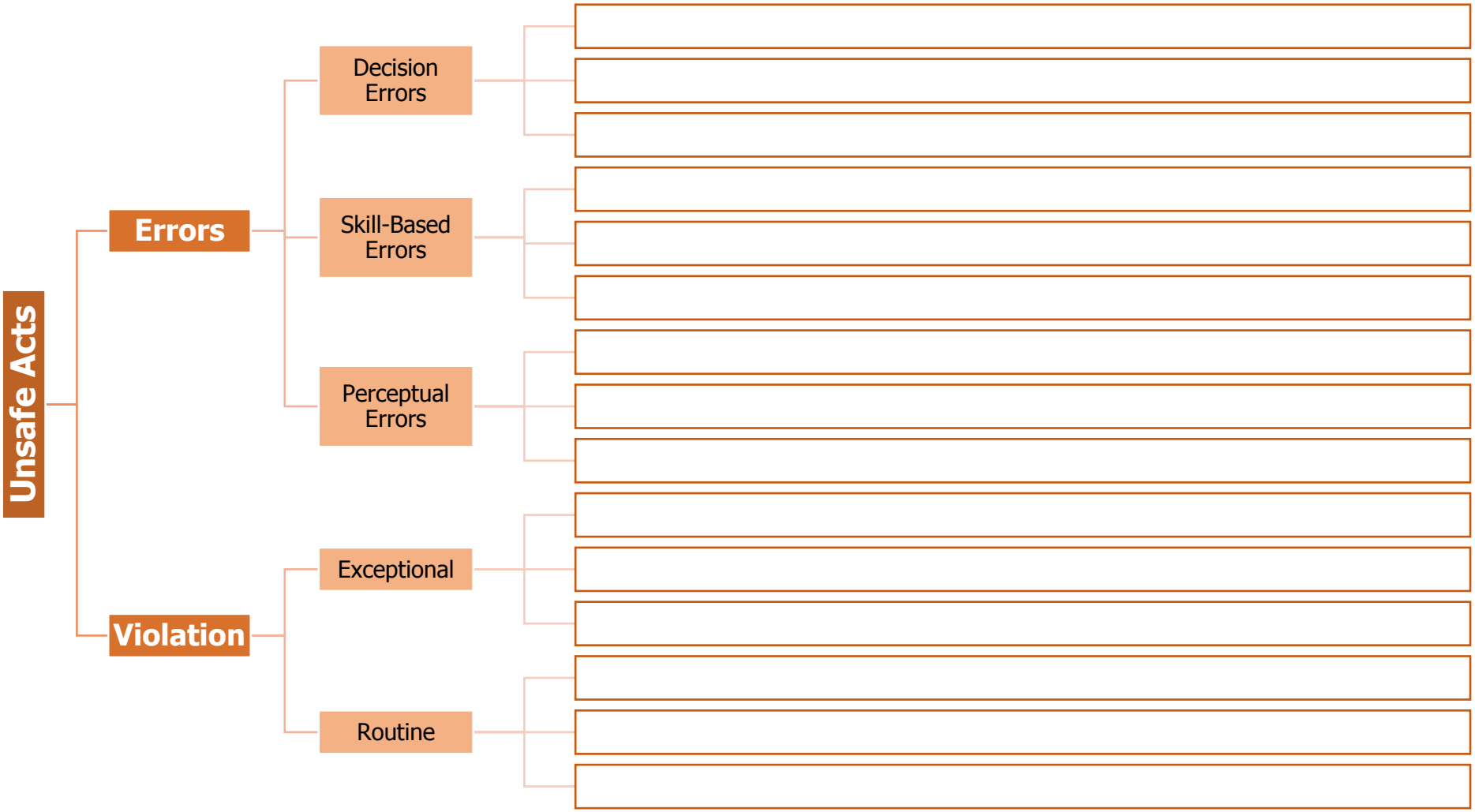
Swiss Cheese Model



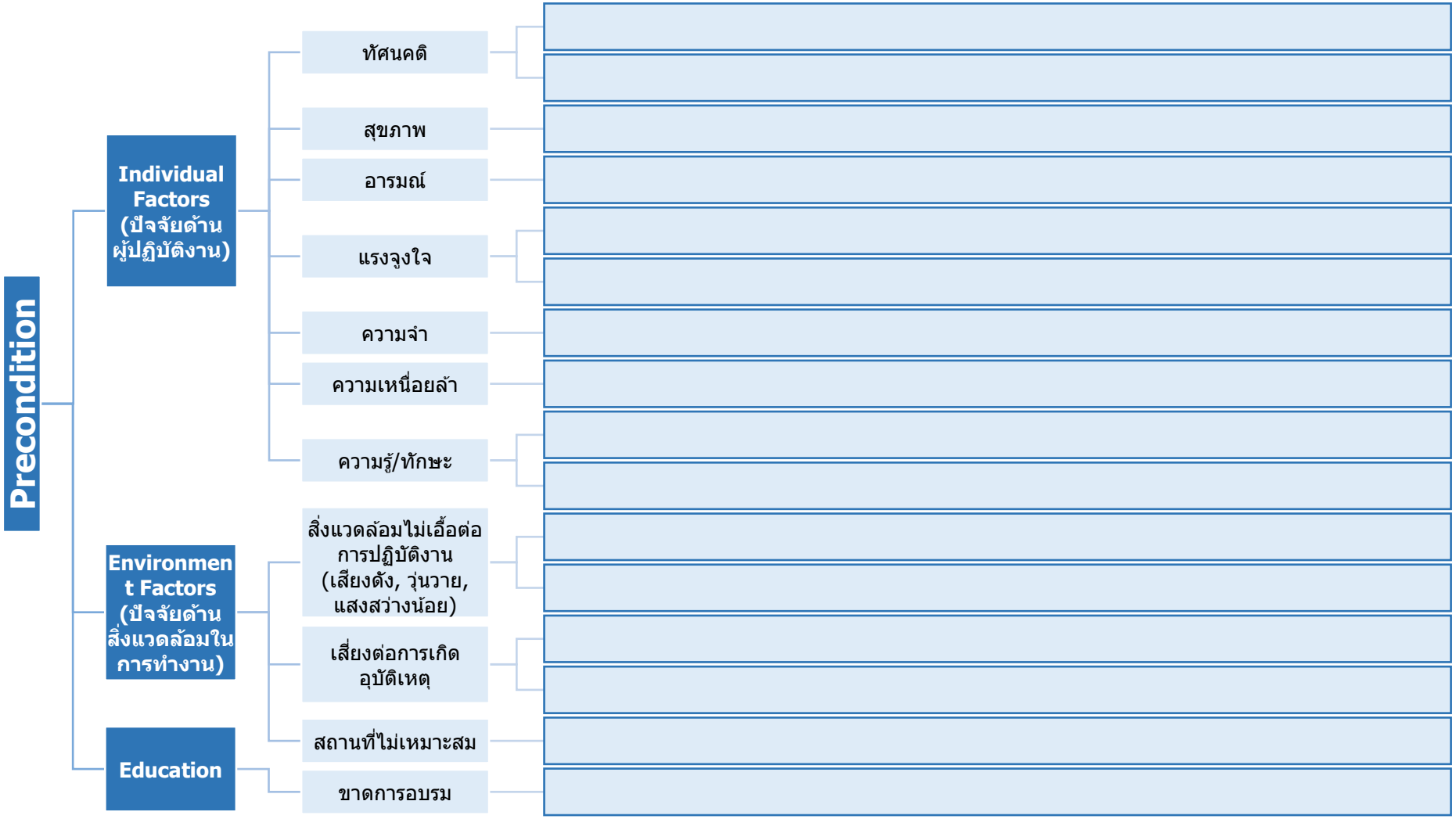
การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา โดยใช้ Fishbone Diagram



การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา โดยใช้ Tree Diagram

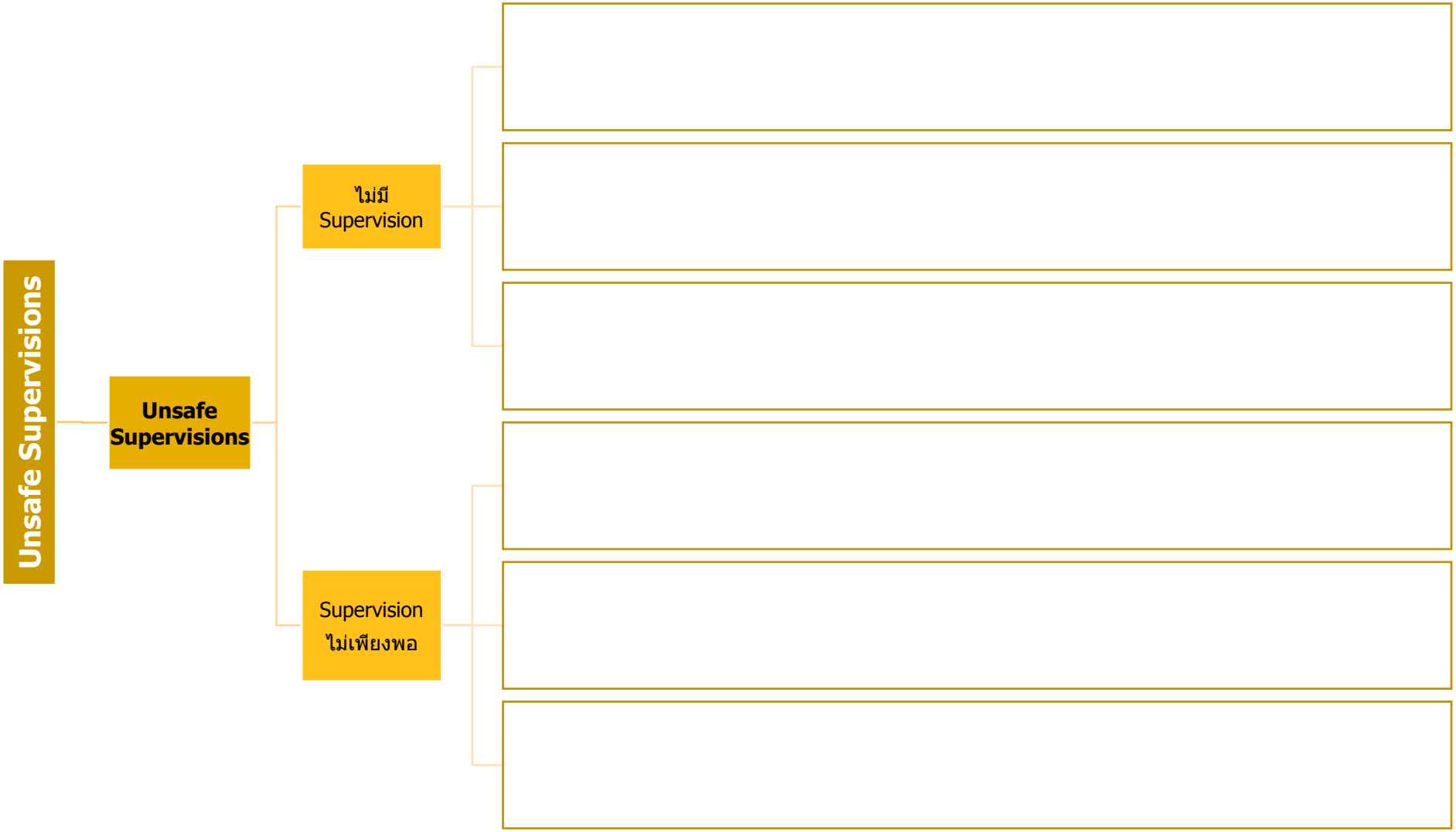


การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา โดยใช้ Tree Diagram

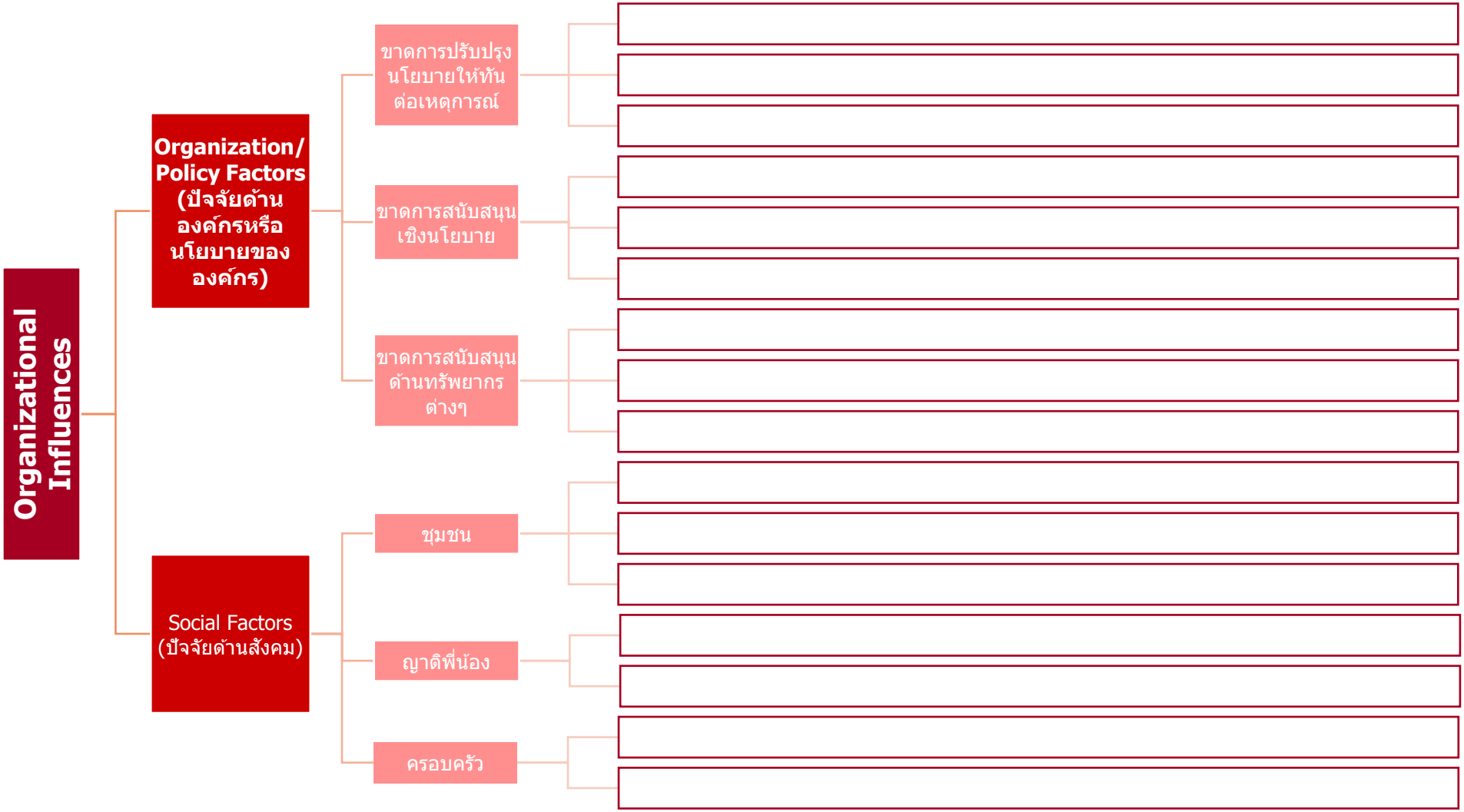


การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา โดยใช้ Tree Diagram

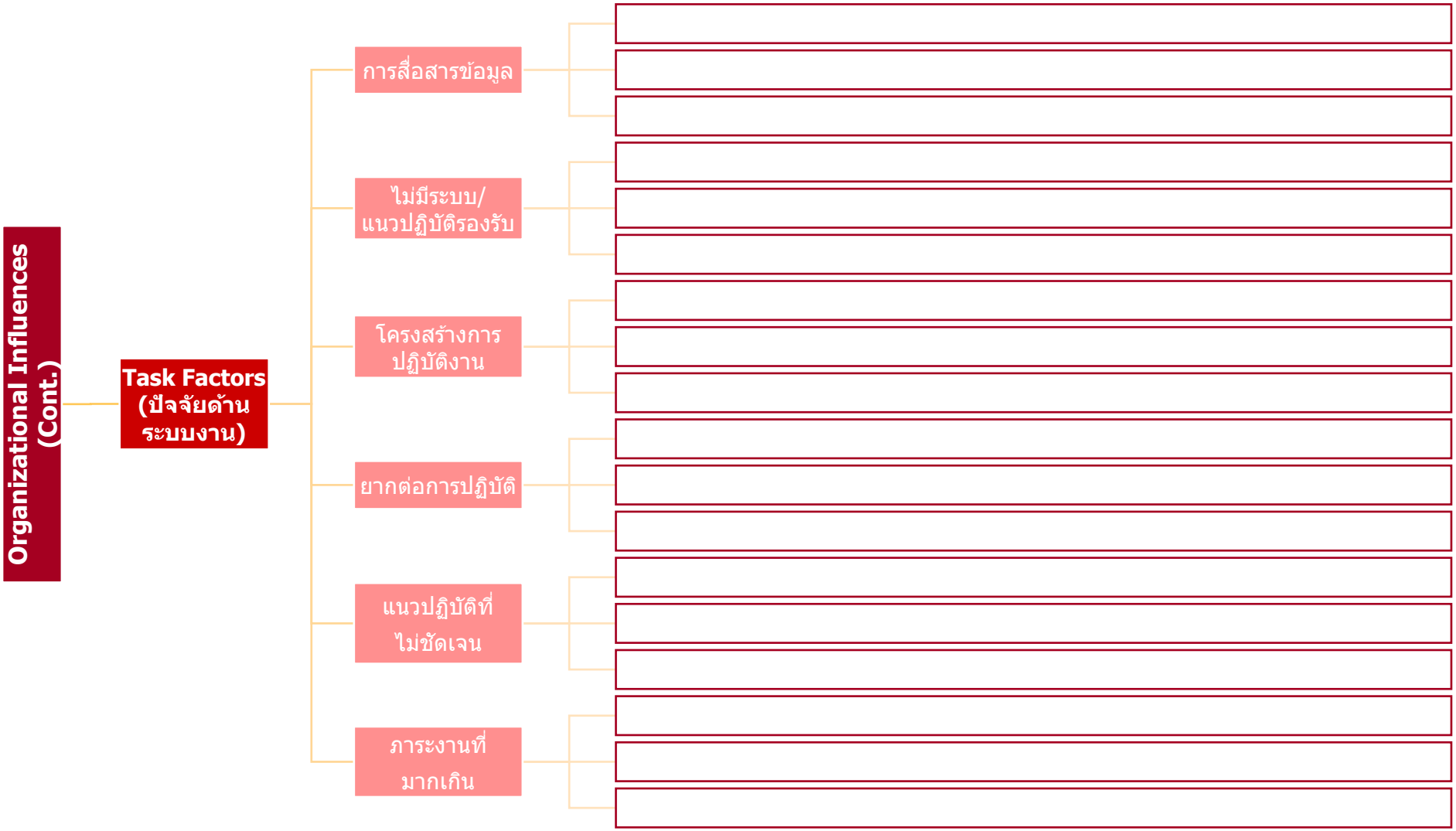
การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา โดยใช้ Tree Diagram



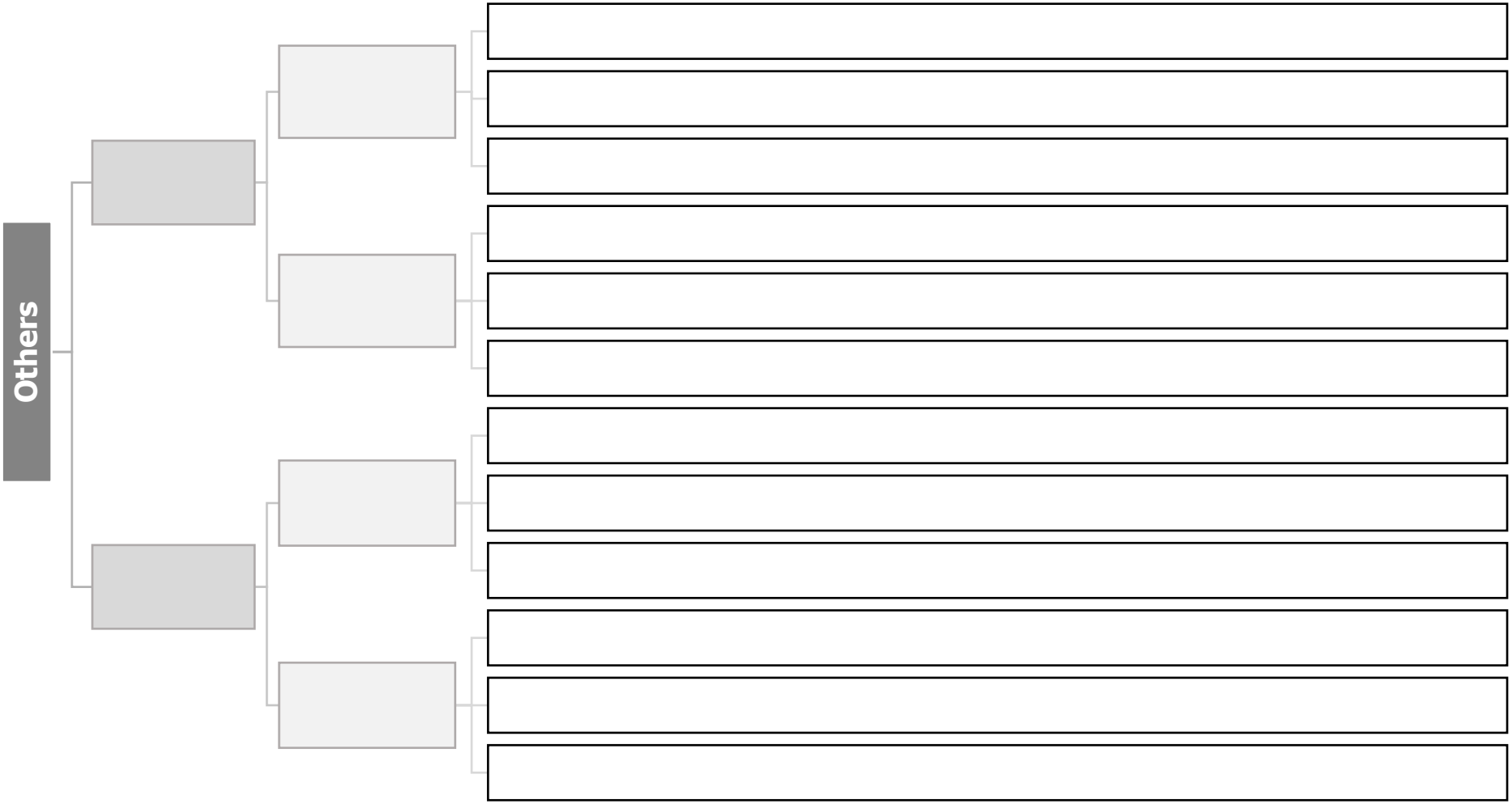
การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา โดยใช้ Tree Diagram

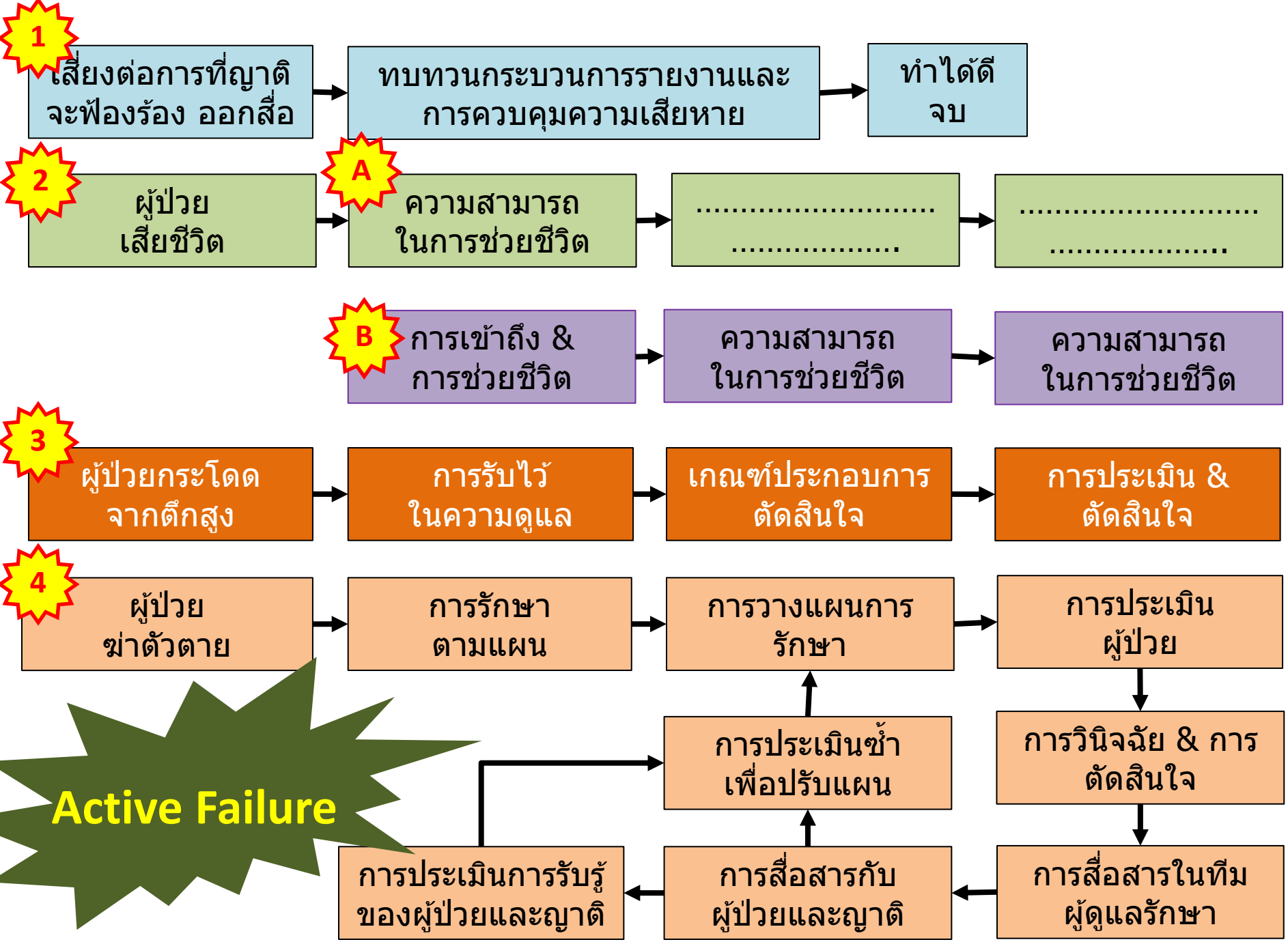


การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา โดยใช้ Tree Diagram

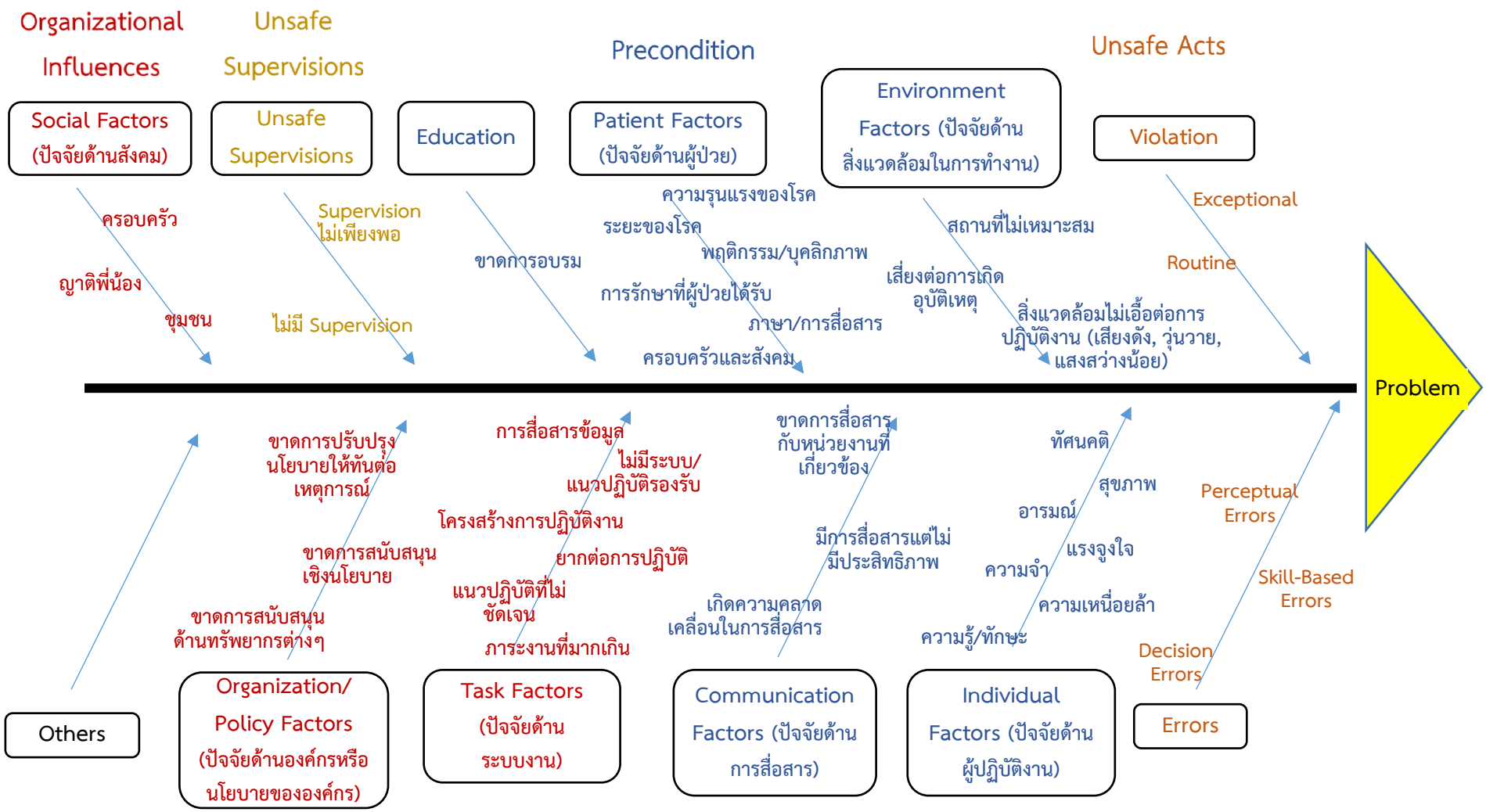


การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา โดยใช้ Tree Diagram




1
เสี่ยงต่อการที่ญาติ จะฟ้องร้อง ออกสื่อ
ทบทวนกระบวนการรายงานและ การควบคุมความเสียหาย
ทำได้ดี จบ
2
ผู้ป่วย เสียชีวิต
A
ความสามารถ ในการช่วยชีวิต
.....
.....
.....
.....
B
การเข้าถึง & การช่วยชีวิต
ความสามารถ ในการช่วยชีวิต
ความสามารถ ในการช่วยชีวิต
3
ผู้ป่วยกระโดด จากตึกสูง
การรับไว้ ในความดูแล
เกณฑ์ประกอบการ ตัดสินใจ
การประเมิน & ตัดสินใจ
4
ผู้ป่วย ฆ่าตัวตาย
การรักษา ตามแผน
การวางแผนการ รักษา
การประเมิน ผู้ป่วย
การวินิจฉัย & การ ตัดสินใจ
การสื่อสารในทีม ผู้ดูแลรักษา
การสื่อสารกับ ผู้ป่วยและญาติ
การประเมินซ้ำ เพื่อปรับแผน
การประเมินการรับรู้ ของผู้ป่วยและญาติ
Active Failure

การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา โดยใช้ Fishbone Diagram



Latent Failure

กิจกรรมที่ 3

10.สรุปสาเหตุระบุกิจกรรมหรือแผนงานที่จะทำ

สรุปรากของปัญหาตามลำดับความสำคัญ	
ลำดับที่	รากของปัญหา

แผนการดำเนินงานที่สำคัญเพื่อสร้างระบบที่ป้องกันการเกิดซ้ำ					
แผนดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี	
				เริ่มต้น	สิ้นสุด

Weak

Intermediate

Strong

Steps in Conducting a Root Cause Analysis and Implementing a Corrective Action Plan

ป้องกันได้อย่างไร

1. Organize a team
2. Define the problem
3. Study the problem

เกิดอะไรขึ้น

4. Determine what happened
5. Identify contributing process factors
6. Identify other contributing factors
7. Measure—collect and assess data on proximate and underlying causes

ทำไมจึงเกิด

8. Design and implement immediate changes
9. Identify which systems are involved—the root causes
10. Prune the list of root causes
11. Confirm root causes and consider their Interrelationships
12. Explore and identify risk-reduction strategies
13. Formulate improvement actions
14. Evaluate proposed improvement actions
15. Design improvements
16. Ensure acceptability of the action plan
17. Implement the improvement plan
18. Develop measures of effectiveness and ensure their success
19. Evaluate Implementation of Improvement efforts
20. Take additional action
21. Communicate the results

หลักปฏิบัติ Dialogue

- ฟังอย่างลึกซึ้ง ฟังให้ได้ยิน
- มีความเป็นอิสระ และผ่อนคลาย
- ทุกคนเท่าเทียมกัน ไม่มีผู้นำ และไม่มีผู้ตาม

การจัดการวงสนทนาที่ดี แบบ Dialogue

SPEAKING

SPEAKING

Setting จัดสถานที่ให้ทุกคนในวงสนทนาหันหน้าเข้าหากัน เพื่อให้สามารถมองเห็นหน้า

Process เชื่อมั่นในกระบวนการ ต้องมีสติอยู่เสมอ สิ่งที่พูดไม่มีการสรุปหรือสร้างความคิดรวบยอด

Ends ไม่อนุญาตให้แต่ละคนนำเป้าหมายส่วนตัว หรือวาระส่วนตัวเข้าไปใช้

Attitude ชุมชนสัมมาทิฐิ ไม่เริ่มต้นด้วยการประณามคนอื่น

Key Actor คณะทำงานที่อยู่เบื้องหลัง ผู้ทำหน้าที่ประสานงาน สร้างฉาก และค้นหาผู้ที่เหมาะสมจะมานั่งพูดคุยกัน

SPEAKING

Instrument ลดทอนความเป็นทางการของการใช้ภาษาให้มากที่สุด หลีกเลี่ยงถ้อยคำแบบพิธีการ

Norms of Interaction

บรรทัดฐานของการปฏิสัมพันธ์ ซึ่งจะต้องมีความเท่าเทียมกัน ทั้งในแง่ของคำพูดและการปฏิบัติ กล่าวคือ จะต้องหลีกเลี่ยงคำพูดและการประทำทางวาจาใดๆที่แสดงว่าตนเองเหนือกว่า หรือด้อยกว่าคนอื่น

Genre เป็นการพูดคุยแบบเปิด ไม่มีเป้าหมายและวาระ เพื่อสร้างความหมายร่วมกัน แต่หากเป้าหมายจะเกิดขึ้นตามมาในภายหลัง ก็คงไม่มีใครห้าม แต่ต้องเกิดภายใต้บริบทของการสร้างความหมายร่วมกัน