

RCA ฉบับรวบรัด ทำให้ชัด พัฒนางานได้จริง

ตอนที่ 2 ขั้นตอนการทำ RCA

เมื่อทุกท่านได้เรียนรู้แนวคิด หลักการเบื้องต้น และความสำคัญในการวิเคราะห์รากปัญหาในตอนแรกๆ กันแล้ว จะเห็นว่า RCA ไม่จำเป็นต้องทำในทุกปัญหา/ความเสี่ยง ส่วนใหญ่มักใช้กับอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดความเสี่ยง (Potential adverse event) เหตุการณ์ไม่ประสงค์ร้าย (Sentinel event) ที่มีผลกระทบมาก และเหตุการณ์ที่ไม่รุนแรงแต่เกิดซ้ำ (Near miss) รวมไปถึงการออกแบบ การดำเนินงานเชิงรุกเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำที่ไม่ปลอดภัย หรือไม่บรรลุเป้าหมาย กรณีมองเห็นแนวทางแก้ปัญหาคัดเจน ตรงรากปัญหาแล้ว อาจไม่จำเป็นต้องทำ RCA ซ้ำ ฉบับนี้จะพาทุกท่านมาเริ่มต้นจัดทำ RCA เพื่อค้นหาสาเหตุให้ถึงราก นำสู่การออกแบบ ระบบ หรือกระบวนการทำงานแบบใหม่ เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกันค่ะ

5 ขั้นตอนในการทำ RCA

1. ทบทวนเหตุการณ์ เรียงร้อยเรื่องราว (Story & Timeline)

เพื่อค้นหาว่าความเสี่ยง/ปัญหาเกิดจากกระบวนการใด ผ่านการ ลำดับเรื่องราวก่อน-หลังของเหตุไม่พึงประสงค์ เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล รวมถึงพิจารณาระดับความรุนแรง และ โอกาสที่จะเกิดขึ้นซ้ำ (Consequence, Likelihood) โดยใช้คำถาม เป็นตัวช่วยในการลำดับเหตุการณ์ (5W 1H_What-When-Where-Why-Who-How)

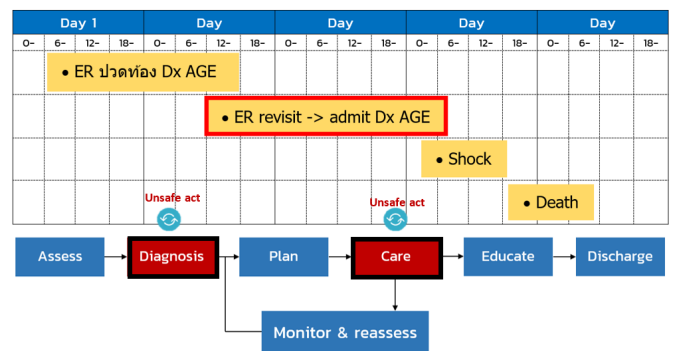
2. หาจุดเปลี่ยน (Potential change & Unsafe act) ซึ่งเป็นการ วิเคราะห์ขั้นตอนสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาขึ้น โดยการทบทวน/คลี่ กระบวนการทำงาน จากการรวบรวมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหา เพื่อหาจุดเปลี่ยนในการพัฒนา/ปรับปรุง และกำหนดแนวทางการ แก้ไขให้ดียิ่งขึ้น

3. รับฟังคนทำงาน (Listen to voice of staff) โดยให้ผู้ปฏิบัติงาน บอกล่าเรื่องราว ความต้องการ สิ่งที่ยากช่วยเหลือใน กระบวนการด้วยใจที่เป็นกลาง สร้างบรรยากาศที่ดีในการสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ใช้ข้อคำถามปลายเปิด และต้องไม่กล่าว โทษที่ตัวบุคคล เพื่อช่วยให้เห็นถึงสาเหตุของปัญหา รวมทั้งแนวทาง แก้ไขในหลายมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้อง

4. วิเคราะห์และสรุปปัจจัยสาเหตุเชิงระบบ ในแต่ละจุดเปลี่ยน (Workplace factor & Organization factor) โดยพิจารณาว่าจุด เปลี่ยนนั้นสามารถเชื่อมโยงเข้ากับระบบงานสำคัญได้อย่างไร ทบทวนปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับ Unsafe act หรือจุดเปลี่ยน โดยใช้หลักการ Swiss Cheese Model เพื่อให้เห็นภาพรวมของ การแก้ไขเชิงระบบ ทั้งนี้การแก้ไขไม่ควรแก้ไขที่คน แต่ควรออกแบบ ระบบที่ป้องกันการเกิดข้อผิดพลาดจากคน (Human factors) เพื่อ กำหนดแนวทางการป้องกัน และปิดรอยโหว่ที่เกิด/มีโอกาสเกิดขึ้น ในกระบวนการ

5. ออกแบบระบบด้วยความคิดสร้างสรรค์ (Creative solution) เพื่อออกแบบระบบงานใหม่ที่ป้องกันปัญหา กำหนดจุดควบคุม สำคัญที่จะยับยั้ง/ป้องกันโอกาสในการเกิดข้อผิดพลาด ทั้งนี้ในการ ออกแบบระบบจะเน้นผู้ใช้งานเป็นสำคัญ รวมถึงต้องมีการติดตาม

ประเมินผลเพื่อให้มั่นใจว่าการแก้ไข/ปรับปรุงนั้นจะช่วยป้องกัน ปัญหาไม่ให้เกิดซ้ำได้จริง ตัวอย่างแนวคิดในการออกแบบระบบที่ มักนำมาใช้งานบ่อยครั้ง เช่น Human factor engineering, Visual management, Innovation, User centered design เป็นต้น



รูปที่ 1 ตัวอย่างการทบทวนเหตุการณ์ และคลี่กระบวนการทำงาน โดยประยุกต์จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

จากรูปที่ 1 แสดงตัวอย่างการทบทวนเหตุการณ์เมื่อผู้ป่วย เสียชีวิต เริ่มจากลำดับเวลาในการรักษาผู้ป่วยก่อน-หลังเพื่อทำให้ เห็นขั้นตอนการรักษา จากนั้นคลี่กระบวนการทำงาน โดยสอบถาม ปัญหาจากผู้ปฏิบัติงาน เพื่อค้นหาจุดเปลี่ยน และโอกาสพัฒนา สุดท้ายวิเคราะห์รวบรวมข้อมูลและเชื่อมโยงปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัย จากการทำงานและปัจจัยเชิงระบบขององค์กร เพื่อออกแบบระบบ การทำงานใหม่ ที่เน้นป้องกันความผิดพลาดของคน

จะเห็นได้ว่าการทบทวนปัญหา/ความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดโอกาสในการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ และต้องไม่ลืมว่า การวิเคราะห์รากปัญหาที่ดีควรพิจารณาภาพรวมเชิงระบบ ไม่เน้นกล่าวโทษที่ตัวบุคคล ซึ่งจะส่งผลต่อความร่วมมือ และ เพื่อให้กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้นต่อไป สามารถศึกษาเรื่องการวิเคราะห์รากปัญหาเพิ่มเติม ได้ในหลักสูตร พัฒนากระบวนการงานบนระบบ SELECx หรือ สแกน QR Code เพื่อศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม และหากมี ข้อสงสัยเพิ่มเติมด้านการจัดการกระบวนการ งาน ติดต่อ งานบริหารทรัพยากรสุขภาพ ตึกอำนวยการชั้น 1 โทร. 98300 หรือ 98418 อีเมล sirirajum@mahidol.edu

