

現今的醫療照護體系對於病人安全之議題重視的程度日漸上升。在整合自願通報系統資料時，可運用根本原因分析 (RCA) 法進行系統性分析事件，透過尋找事件發生的主因，擬定改善計劃將可避免相同事件再發生。整合性根本原因分析法系由美國國家病人安全中心 (VA National Center for Patient safety, NCPS) 發展而成的，是集合相似醫療不良事件 (如:跌倒、管路脫落) 進行全面性的分析，流程包含全面分析高危險流程，選取改善對象及設計、評估介入成果。最早用於病人跌倒、給藥錯誤、病人走失及企圖自殺。

整合性根本原因分析法可運用於各項照護方式，如住院、門診、長期照護及護理之家等，尤其是發生量多或是高危險事件，如跌倒、用藥錯誤及自殺。它可以透過許多不良事件之改善，繼而建構安全的病人環境。而在臨床上，因為整合性根本原因分析法是集合眾多相似事件進行共同討論及分析，故可減少臨床人員的顧慮來增加探討不良事件發生原因之發言踴躍度。

實施整合性根本原因分析之流程及各階層所需注意事項如下：

一、 成立小組

小組成立必須受到領導階層的支持，且組員對於分析結果必須保密。於進行分析時，需注意思考的要點包含事件發生地點、當時正在使用的設備、醫囑用藥明細、病人特徵、時間、用藥相關事件，運用 SAC (Safety Assessment Code) 距陣分析嚴重度及發生率。

二、 繪製一般流程圖

- (一) 繪製實際操作之流程圖，運用此流程圖將可發現改善重點。
- (二) 詢問前線人員實際作業程序。
- (三) 專注於相關資料（例如：跌倒中有 60% 與如廁有關）及流程圖（例如：無規範評估住院病患上下廁所之動作）。

三、回顧系統流程

- (一) 描述小組成員如何回顧及分析系統流程。
- (二) 決定是否需其他專家協助分析（例如請教或增加環境工程師）。

四、資料查證

- (一) 尋找其他相關實證文獻作為參考對象。
- (二) 回顧有關資訊，如病歷、政策及委員會會議記錄。
- (三) 列出其他可提供額外的相關資訊人員名單，如護理人員。

五、決定分析對象

- (一) 針對危險性最高之對象擬定目標。例如跌倒中有 60% 與如廁有關，所以小組成員必須將焦點著重於廁所。
- (二) 決定全面性回顧之對象時，其他必須考慮的因素包含什麼是造成跌倒最常發生的原因呢？什麼樣的設計是高度危險的呢？著重於那一個區塊是最俱效益的呢？並簡易回答之。
- (三) 將描述的重點及選擇之原因寫下。

六、探究原因

- (一) 使用開放式問題

(二) 小組成員之間運用”為什麼”進行原因探究，並可藉由運用原因-影響圖或特性要因圖呈現。

七、探尋根本分析

探尋根本原因時，必須遵守五個準則

- (一) 明確顯示原因-影響之間的關係
- (二) 避免使用負向描述
- (三) 每一項人為因素必須有先前的因素
- (四) 違背流程規定並非為根本原因
- (五) 失效的發生是可能是起源現行執行作業前的責任

八、依據根本原因擬定計劃

- (一) 於有證據之基礎下決定改善計劃
- (二) 改善活動必須明確且具體的
- (三) 要求相關人員從事改善相關行動
- (四) 整合成本及執行改善行動，並上呈領導層級
- (五) 將改善活動書面化，使相關人員可以依據實行
- (六) 付予相關人員的責任，以確認活動實施完全

九、成效測量

- (一) 測量結果之對象，必須和目標有相關
- (二) 測量結果必須能夠回答是否有改變或是改善
- (三) 測量結果必須量化（百分比、比率）

(四) 測量結果必須包含個人對於改善的結果進行回饋

十、分析結果報告

(一) 能讓領導者確認此項作業之進行成果

(二) 由上而下建立支持的態度

(三) 經驗分享

十一、持續評估及決定活動

針對此改善對象進行持續性的評估，評估結果可作為此項改善活動之後續處置，如列入工作守則項目之一，以達持續改善之活動

運用整合性根本原因分析將有助改善病人安全問題，如 Mills 等人 (2005) 運用整合性根本原因分析改善跌倒及相關傷害，經根本原因分析後共發現 745 個行為可能造成跌倒因素，並針對其中 435 個行為進行全面性改善，而另外 148 個行為則部分改善。經重新評估後將 82% 可能跌倒的動作比率，降至 34.4%，相關傷害呈度降低 38.9%。由此可見，運用整合性根本原因分析這項工具有助於降低醫療不良事件發生比率，並提升醫療照護品質。

參考文獻

1. Neily, J., Ogrinc, G., Mills, P., Williams, R., Stalhandske, E., Bagian, J., et al. (2003). Using aggregate root cause analysis to improve patient safety. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(8), 434-439.
2. Mills P, Neily J, Luan D, Stalhandske E, et al: Using aggregate root cause analysis to reduce falls and related injuries. *Jt Comm J Qual Saf*. 2005;31:21 - 31