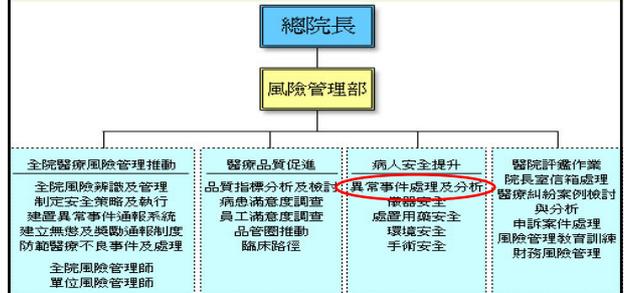


RCA實務運作 經驗分享

財團法人仁愛綜合醫院
風險管理部 許淑嬌

專責部門

93年7月成立風險管理部



風險管理部工作職掌

◆ 保障病人安全 避免意外損害

1. 醫療不良事件防範。
2. 異常事件通報。
3. 定期會議。
4. 教育訓練。

因事故而發生損失就是風險！



異常事件通報系統

- 專人處理異常通報事件，收集異常事件相關資料
- 進行根本原因分析
- 擬定建議策略
- 追蹤評估
- 提昇與通報者（單位）之互動
- 教育宣導
- 案例分享、學習

建置網路通報作業

網路通報作業

- 簡化通報流程
- 保密性
- 時效性：主管線上簽核
- 無懲通報制度
- 通報獎勵辦法（通報2次-50元）
- 即時回饋與回應（感謝卡）



九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

異常事件通報作業

通報不是句點，如何預防改善才能
達到通報的目的與價值！

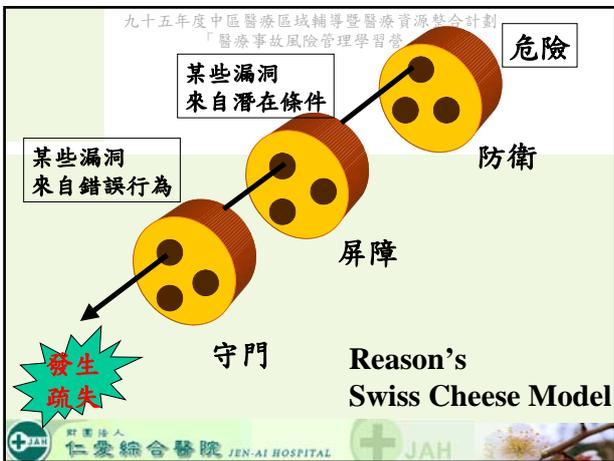
依通報案件進行
RCA

仁愛綜合醫院 JEN-AI HOSPITAL

九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

根本原因分析 (Root Cause Analysis)

仁愛綜合醫院 JEN-AI HOSPITAL

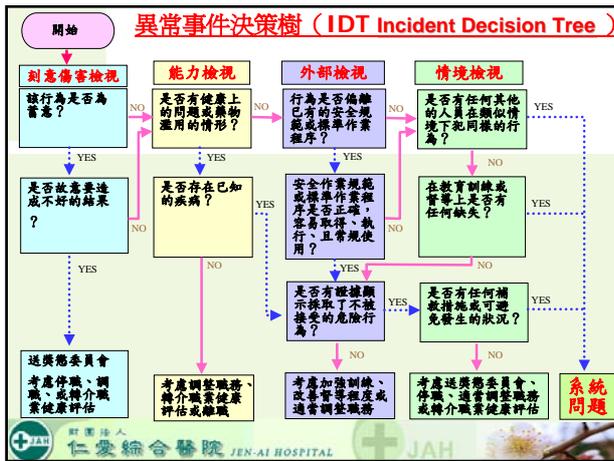


九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

哪些事件應該進行RCA？

- 事件是由錯誤造成的
- 嚴重後果的異常事件
- 警訊事件
- 風險評估1-2級的事件

仁愛綜合醫院 JEN-AI HOSPITAL



九十五年度中醫醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

嚴重度評估級數 (SAC Severity Assessment Code)

1.2級 RCA

頻率	死亡	極重度傷害	重度傷害	中度傷害	無傷害及輕度傷害
數週	1	1	2	3	4
一年數次	1	2	3	4	5
1-2年一次	1	3	4	5	6
2-5年一次	1	4	5	6	7
5年以上	2	5	6	7	8

β.4級 Report

1.2級 RCA 說明:
 極重度傷害: 造成病人永久性殘障或永久性功能性障礙。
 重度傷害: 除需要額外的探視、評估或觀察外，通常住院或送至住院特別處理。
 中度傷害: 需額外的探視、評估或觀察，僅需要簡單的處理如抽血、驗尿檢查或包紮、止血治療。
 無傷害及輕度傷害: 事件發生在病人身上，有或無造成傷害，但無須特別處理。

九十五年度中醫醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

RCA之四大步驟 (21小步驟)

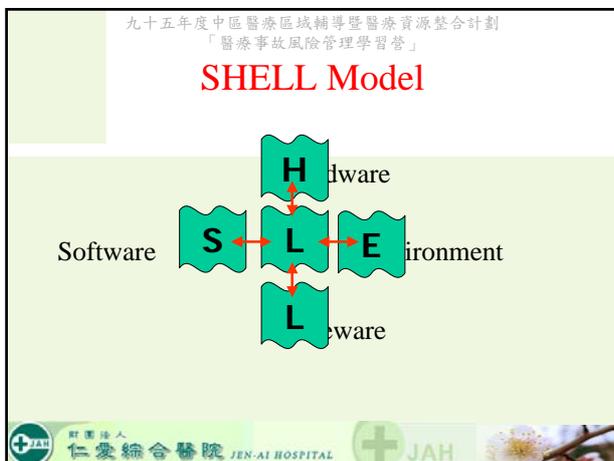
- 一、進行RCA前的準備工作 (What)
- 二、找出近端原因-最接近的原因 (Why)
- 三、確認根本原因-潛在錯誤、系統問題 (How)
- 四、設計及執行改善之行動計畫 (Action)

九十五年度中醫醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

一、進行RCA前的準備工作

- 步驟1: 組織一個小組
- 步驟2: 情境簡述~~以簡單的一句話來敘述事件
- 步驟3: 事件相關資訊收集: 訪談、物證

* SHELL Model



九十五年度中醫醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

二、找出近端原因

- 步驟4: 具體的方式敘述事情的發生始末 (包括人、時、地、如何發生)，並確認事件發生的順序先後。
* Tabular Timeline
- 步驟5: 列出可能造成事件的病人照護程序及比對執行過程是否符合作業規範。在RCA過程中需不斷重複問『為什麼?』 * Why Tree、Brainstorming
- 步驟6: 列出事件的近端原因
- 步驟7: 再收集資料以佐證近端原因
- 步驟8: 針對近端原因，做即時的介入措施

九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

時間序列表 (Tabular Timeline)

人員	09:00	09:30	10:10
放射師	電腦列印其病人的條碼，並在片匣左上角寫上床號、姓名 (應為528-2寫成528-3)	拿著4個片匣與機器到病房陸續為病人照相，將機器推到528-3床旁	重照
助理員	—	助理員幫忙搬528-3病人放片匣	—
醫師	—	—	發現X光怪異
護理人員	簽核4個病人，需病房照的X光申請單到放射科	照護其他病人	請放射科確認

以人員為軸線

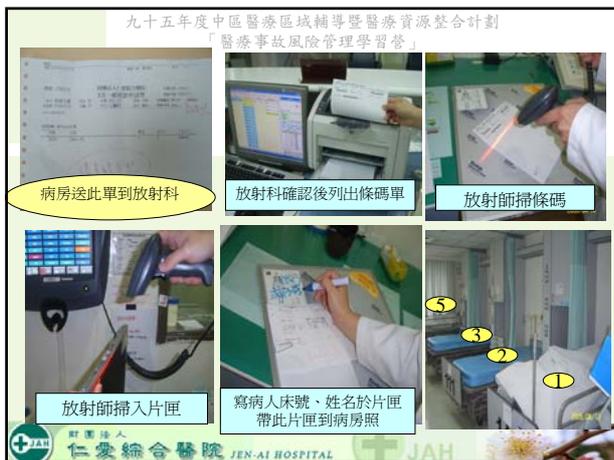
九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

案例簡介

一位76歲男性住院病患Axx，病房號123-2，診斷為肺炎，醫師開立到病房照胸部X光之醫囑。放射師經電腦確認後，將攝影條碼插入X光片匣中，並依規定在片匣左上角寫上病人床號及姓名，但把123-2 A xx寫成123-3 A xx。

放射師拿著片匣，將機器推到片匣上所寫的123-3床旁，要核對床頭卡牌時因發現床頭牌是空的故未核對 (亦未核對病人手圈)，由於123-3病患為臥床使用呼吸器之病人，所以放射師到隔壁病房，請病房助理員幫忙搬病人放片匣於病人背部，此時放射師有詢問助理員病人的姓名，助理員沒開口說話 (助理員表示沒聽到放射師有問)，助理員直接到123-3床幫忙搬病人後立即離開。

放射師照完片子後，回放射線部處理影像並上傳，醫師看123-2 A xx片子時，發現123-2 A xx病患沒有使用呼吸器，卻有氣管內管影像出現，詢問助理員是協助放射師照123-3病人，護理人員立刻通知放射線部，重新照相並上傳正確影像。



九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

- 腦力激盪
- 問Why?



三、確認根本原因

步驟9：列出與事件相關的組織及系統分類

***系統分類**

步驟10：檢查近端原因或根本原因

步驟11：確認根本原因間的關係

系統原因分類

人力資源	工作人員的資格、能力、配置，人員是否遵守規範作業，人員能力評估
資訊系統	資訊的可利用性、即時可得？正確性、相關人員間資訊的溝通適當嗎？
環境管理	環境會否不利執行？有無可辨識環境風險？是否事先作計劃及預防？
組織溝通	有無暢通通報管道？當不良事件發生時會先優先處理嗎？ 事件相關人員從上到下的溝通銜接會不會有漏失？
無法控制的因子	還有什麼系統因子還沒列出？如果是組織無法控制的，有沒有什麼是我們可在事前作預防的？作業流程與步驟對本事件是否有不良影響？

四、設計及執行改善之行動

步驟12：找出風險降低的策略

步驟13：產生改善行動

步驟14：評估所提議之改善行動

步驟15：設計改善行動

步驟16：確保改善行動期可接受性

步驟17：行動計劃的執行

步驟18：發展計劃成效的測量方式及確保計劃成功達成。

步驟19：評值改善措施成果。

步驟20：執行評值後的修正。

步驟21：改善成果報告。

教育宣導-案例分析

The screenshot shows the '異常事件案例分析' (Abnormal Event Case Analysis) section of the hospital's intranet. It features a table with columns for '類別' (Category) and '案例' (Case). The table lists three cases under the '結案紀錄' (Case Record) category, all with a status of '結案' (Closed).

類別	案例	日期
結案紀錄	「結案紀錄」- 案例分枝1	93.11.19
	「結案紀錄」- 案例分枝2	94.04.07
	「結案紀錄」- 案例分枝3	94.07.08

Thanks