



“คู่มือการบริหารความเสี่ยง”



โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 5

เดือนกรกฎาคม ปี 2565

จัดทำโดย : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน

คำนำ

การจัดทำคู่มือการจัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงานของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถจัดการความเสี่ยงไปในแนวทางเดียวกันทั่วทั้งโรงพยาบาล

เนื้อหาในคู่มือได้เรียบเรียงจากนโยบาย เป้าหมายความปลอดภัย และแนวทางปฏิบัติต่างๆเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง เพื่อประโยชน์ในการประสานงานและนำสู่การปฏิบัติ

การจัดทำคู่มือการจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จะปรับปรุงเนื้อหาเป็นระยะๆเพื่อให้มีความเป็นปัจจุบันมากที่สุด เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องสามารถให้ความคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะได้ที่คณะกรรมการความเสี่ยง ขอขอบพระคุณต่อการมีส่วนร่วมล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

นายแพทย์กัลย์ ลิ้มกุล

รองประธานคณะกรรมการบริการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๕

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	๒
การบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	๔
นโยบายด้านระบบบริหารความเสี่ยง	๖
ทะเบียนความเสี่ยงโรงพยาบาล(Risk register)	๘
ระบบรายงานอุบัติการณ์	๙
ภาพรวมระบบ HRMS on Cloud	๑๓
การบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	๑๕
การใช้งานระบบในสิทธิ์ของกรรมการบริหารความเสี่ยง	๑๘
การใช้งานระบบในสิทธิ์ของหัวหน้ากลุ่ม/ หน่วยงาน	๒๑
ระบบรายงานและการเรียกดูรายงาน	๓๑
การจัดการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล	๓๕

การบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงสุด ทีมบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จึงได้มีการปรับโครงสร้างการบริหารความเสี่ยง กำหนดนโยบาย เป้าหมายความปลอดภัย ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยง ให้ครอบคลุม ระบบแก้ไข และป้องกันความเสี่ยงที่เป็นขั้นตอนและมีการเผยแพร่เชื่อมโยงข้อมูลไปสู่หน่วยงานต่างๆ ตลอดจนการประเมินผลและปรับปรุงแก้ไขในเชิงระบบเพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมหลัก เชื่อมมุ่ง และนโยบายของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

วิสัยทัศน์ : เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำของเขตสุขภาพที่ ๔ ภายในปี ๒๕๖๙

พันธกิจ เป็นศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางให้บริการด้านสาธารณสุขแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพพัฒนาการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี

ค่านิยมหลัก PNK

- P: Professional Practice : งานเป็นทีมและเป็นมืออาชีพ
N: Networking management : สร้างและพัฒนาเครือข่าย
K: Knowledge management : การจัดการความรู้

เชื่อมมุ่งปี๒๕๖๕:

๑. พัฒนาศักยภาพสู่ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (ด้านโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุฉุกเฉิน ทารกแรกเกิดโรคกระดูกและข้อโรคทางตา และสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่)
๒. เป็นโรงพยาบาลจตุรทิศ
๓. บุคลากรของโรงพยาบาลมีความปลอดภัยในการให้บริการ

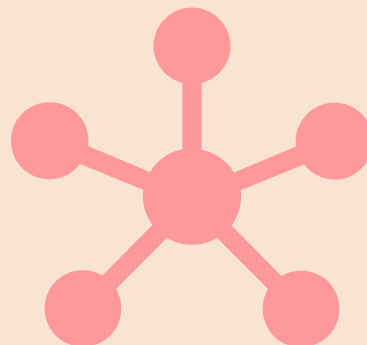
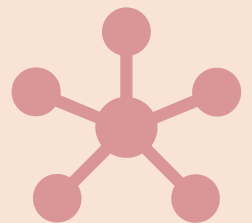
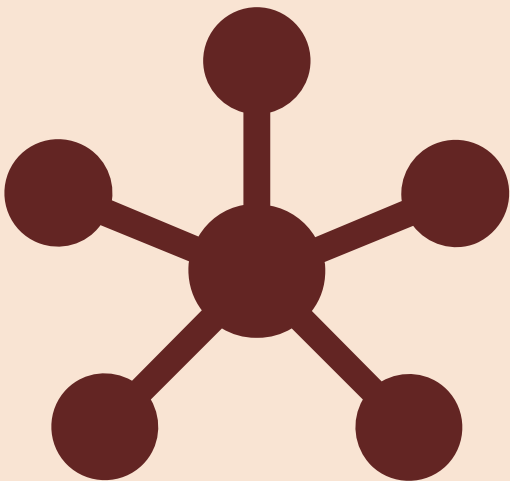
ยุทธศาสตร์โรงพยาบาล

๑. พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ สร้างความเข้มแข็งในชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรังและการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกลุ่มวัยแบบบูรณาการ
๒. พัฒนาศักยภาพระบบบริการตติยภูมิให้เป็นศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรค
๓. พัฒนาคูณภาพการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย
๔. เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารภายในและภายนอกองค์กรการบริหารจัดการพื้นที่ และการพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ
๕. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารและการพัฒนาบุคลากร
๖. การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

นโยบายด้านระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

การบริหารจัดการความเสี่ยงเป็นหน้าที่ของทุกคน ให้บุคลากรทุกคนมีหน้าที่เฝ้าระวังค้นหาและรายงานความเสี่ยงโดยทำความเข้าใจกับระบบบริหารจัดการความเสี่ยงที่คณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้จัดทำคู่มือโดยให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด

๑. ให้ทุกหน่วยงาน / ทุกทีม ค้นหาและประเมินความเสี่ยงในหน่วย / ทีม ให้ครอบคลุมประเด็นตามโปรแกรมความเสี่ยงที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนดให้พร้อมทั้งกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่ค้นได้ และบันทึกไว้ในHRMS on Cloud พร้อมทั้งทำความเข้าใจกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้แนวทางที่กำหนดไปปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ
๒. ให้ทุกหน่วยงาน / ทุกทีมรายงานอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานหรือพบเห็น ในโรงพยาบาลพร้อมทั้งดำเนินการตามระบบการรายงานและบริหารจัดการความเสี่ยงที่ทีมบริหารความเสี่ยงกำหนดและบันทึกไว้ใน HRMS on Cloud
๓. ให้ทุกหน่วยงาน / ทุกทีมมีการทบทวนและใช้ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกมาวางมาตรการในการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงอย่างเป็นระบบและให้มีการเฝ้าระวังและทบทวนความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอรายงานการบริหารจัดการความเสี่ยงให้หัวหน้ากลุ่ม / ทีมและกรรมการบริหารความเสี่ยงทราบตามระยะเวลาที่กำหนด
๔. ให้ทุกหน่วยงาน / ทุกทีมใช้กระบวนการ No Shame (กล้าบอกกล้าเล่า)No Blame (ไม่ต้วงกล่าวตำหนิลงโทษก่อนพิจารณาหาความจริง) เพื่อให้ทุกคนในองค์กร สามารถรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เรื่องที่กังวล ข้อเสนอแนะต่างๆได้อย่างสะดวกใจและเป็นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล





นโยบายการจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า มีนโยบายไม่ยอมรับความรุนแรง (Zero Tolerance Policy) และให้ความสำคัญกับการจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้มาเยือน และกำหนดให้ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล ปฏิบัติตามแนวทางต่อไปนี้

1. มีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการป้องกันความรุนแรงในโรงพยาบาล
2. มีการพัฒนาศักยภาพและเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรในเรื่อง การป้องกันและการจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล
3. จัดทำแนวทางการป้องกันและการจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล
4. ห้ามมิให้มีการถ่ายรูป วิดีทัศน์ บันทึกเสียงโดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้บริหารระดับสูง
5. ประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบถึงสิทธิของผู้ให้บริการ และโรงพยาบาลจะดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่สถานพยาบาลกำหนดทันที กรณีเกิดความรุนแรงทั้งร่างกาย วาจา ให้ทุกหน่วยงาน ถือปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ 22 ธันวาคม 2564

(นายศักดิ์ดา อัลภาชน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

เป้าหมายของการจัดการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

เพื่อสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน

เครื่องชี้วัดเป้าหมายการบริหารความเสี่ยง

๑. ความเสี่ยงระดับรุนแรงที่เคยเกิด ไม่เกิดซ้ำอีก/เกิดซ้ำแต่ระดับความรุนแรงลดลง, ความเสี่ยงที่ไม่รุนแรง แต่พบบ่อยเกิดซ้ำน้อยลง
๒. โรงพยาบาล ไม่ถูกผู้ป่วยร้องเรียน
๓. ค่าใช้จ่าย และวันนอน ในการดูแลภาวะแทรกซ้อนลดลง
๔. จำนวน ๑๐๐% ของเวชระเบียนที่คัดกรองด้วย Trigger Tool ได้รับการทบทวนและมีมาตรการป้องกัน
๕. ๒P Safety ทุกประเด็นที่กำหนดต้องนำสู่การปฏิบัติ และติดตามผลลัพธ์



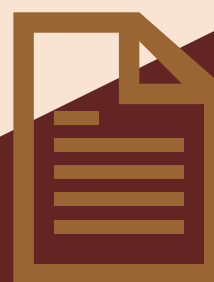
ทะเบียนความเสี่ยงโรงพยาบาล(Risk register)

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ากำหนดให้มีการจัดทำ Risk register ใน ๙ มาตรฐานสำคัญจำเป็น ได้แก่

- ๑.การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
- ๒.การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CLABI
- ๓.บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
- ๔.การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event
- ๕.การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
- ๖.การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
- ๗.ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค
- ๘.การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาผิดพลาด
- ๙.การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

นอกจากนี้ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ยังกำหนดให้ทุกโรงพยาบาล ดำเนินการในเรื่อง ๙ มาตรฐานสำคัญจำเป็น ดังนี้

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	
มาตรฐานสำคัญจำเป็น	รายละเอียดการดำเนินงาน
1. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	สถานพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้
2. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS	1. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด
3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	2. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด
4. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event	3. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์สาเหตุราก
5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เกี่ยวข้อง
6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	
7. ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค	
8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ /พยาธิวิทยาผิดพลาด	
9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	



ระบบรายงานอุบัติการณ์

แหล่งที่มา / วิธีการค้นพบ

เรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น

๑. ขณะปฏิบัติงาน
๒. ข้อเสนอแนะ / คำร้องของผู้มารับบริการ
๓. การทบทวน ๑๒ กิจกรรมและกระบวนการหลัก
๔. การทบทวนเวชระเบียน
๕. การตรวจนิเทศทางการแพทย์ / พยาบาลเวรตรวจการ
๖. การทำ Internal survey (IS)
๗. การทำ Risk round
๘. Trigger Tool
๙. การประชุม
๑๐. การรับ - ส่งเวร
๑๑. จากสื่อ , อินเทอร์เน็ต

การรายงานอุบัติการณ์

กำหนดให้รายงานอุบัติการณ์ทาง HRMS on cloud ตั้งแต่ เดือนมกราคม ๒๕๖๓ เป็นต้นมา

การรายงานความเสี่ยงทาง HRMS on cloud

Google

Pnk.thai-nrls.org

Username.....

Password a123456

เปลี่ยนPassword

ยืนยันPasswordใหม่

ใส่Username/ Passwordใหม่

เลือกรายการ

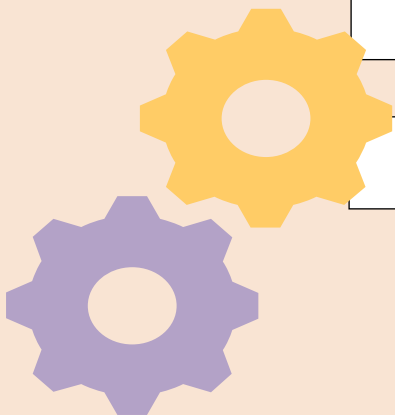
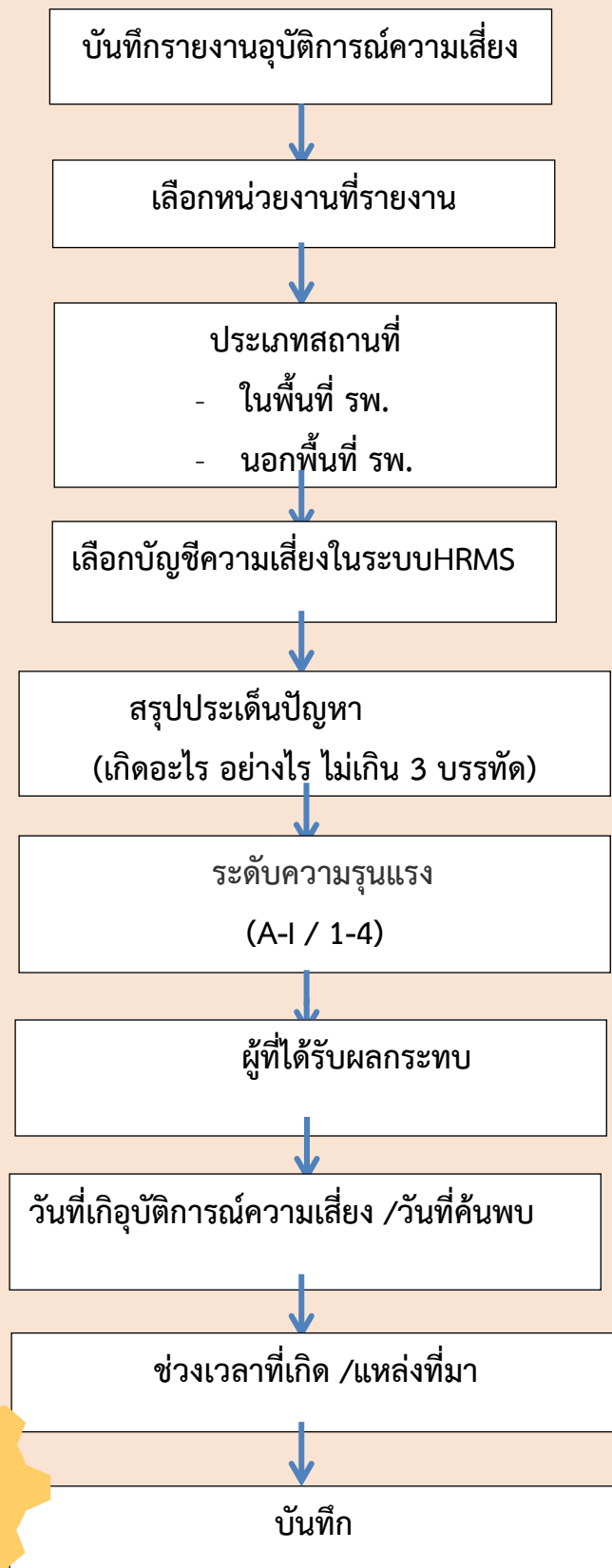
บันทึกข้อมูล

ฐานข้อมูล

รายงาน

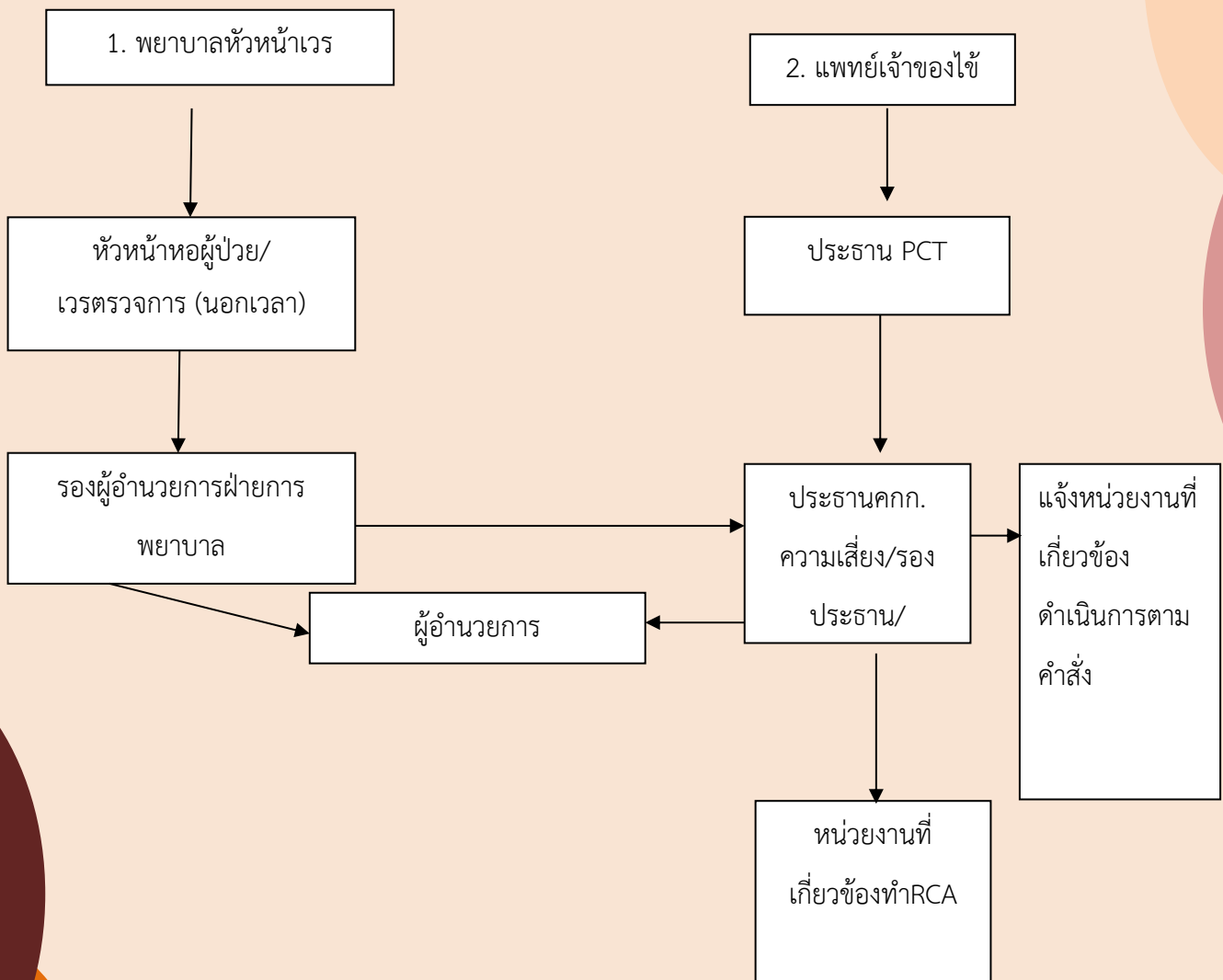
สิทธิ์การใช้งานระบบ

ในการใช้งานระบบ HRMS ครั้งแรก ผู้ใช้
จะต้องทำการเปลี่ยนรหัสผ่านใหม่ก่อน

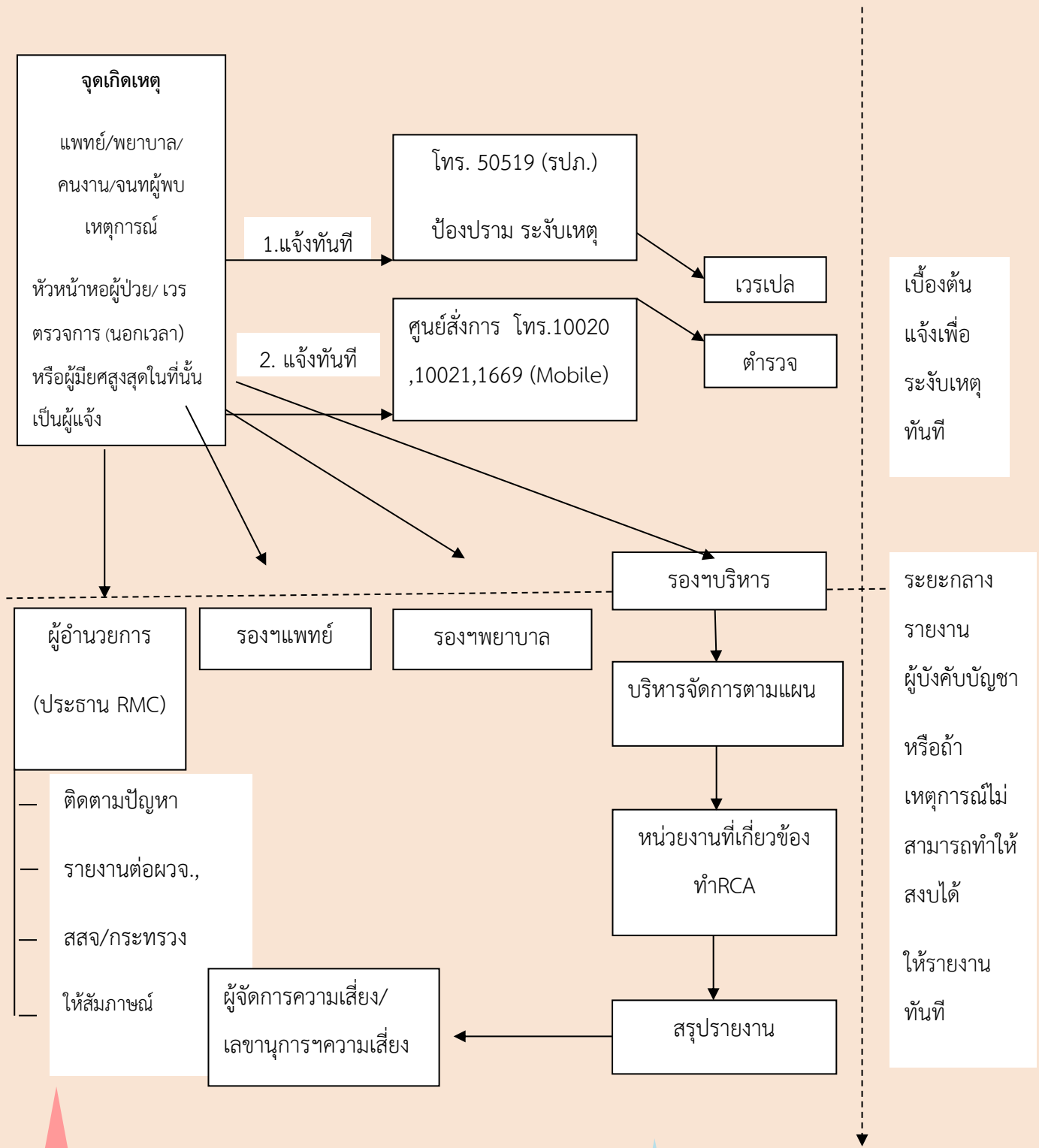


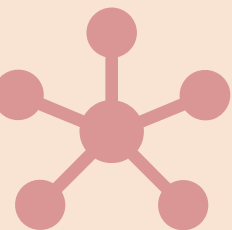
Risk Flow การรายงานความเสี่ยงระดับความรุนแรงสูงสุด (Sentinel Event)

๑. Unexpected death
กรณีตายโดยไม่คาดฝันเช่น - ผู้ป่วยขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยหรือรอจำหน่ายแล้วเสียชีวิต
- โรคที่ไม่ควรเสียชีวิต แต่เสียชีวิต เช่น ไล่ตั้งอีกเสบ อาหารเป็นพิษ
๒. กรณี Severe iatrogenic disorder เช่น ผ่าตัดผิดข้าง, ผิดคน, ผิดอวัยวะ
๓. ให้เลือดผิด
๔. ระบุทารกแรกคลอดผิด



๕. กรณีทำร้ายร่างกาย/ทะเลาะวิวาทในโรงพยาบาล
๖. กรณีอัคคีภัยช่วงาระเบิด/วินาศภัย
๗. กรณีเหตุร้ายเรียนอื่นๆ ที่เสี่ยงต่อ ความสูญเสียต่อชีวิต / ทรัพย์สิน ต่อตัวมนุษย์เช่นโจรกรรม/พองรั้ง/แพร่สื่อ
๘. ทรัพย์สินมีค่าเสียหายตั้งแต่ ๒๐๐๐๐ บาทขึ้นไป
๙. อุบัติการณ์ สำคัญที่อาจมีผลกระทบรุนแรง เช่น บุคคลสำคัญมาใช้บริการ (เชื้อพระวงศ์ , ข้าราชการระดับอธิบดีขึ้นไป)ให้ รายงาน ผู้อำนวยการและรองทั้งสามฝ่ายทันที





เทคนิคในการทำ Root Cause Analysis (RCA)

RCA คือการค้นหาปัจจัย ที่เป็นสาเหตุของปัญหาหรือสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยมุ่งเน้นที่ระบบ/กระบวนการ เพื่อที่จะหาโอกาสที่จะปรับปรุงอันจะนำไปสู่การลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ซ้ำ

เป้าหมายของการทำ RCA

- การนำความบกพร่องของระบบและ กระบวนการที่เป็นสาเหตุพื้นฐานของปัญหาไปสู่การแก้ไข/ ปรับปรุง

เมื่อใดจึงควรมีการทำ RCA

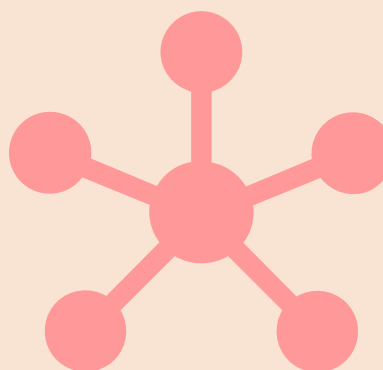
- ทุกครั้งที่เกิดเหตุผิดพลาดที่รุนแรง หรือ Sentinel event
- ทุกครั้งที่เกิดเหตุเกือบพลาด หรือ Near miss (Close call) ที่รุนแรง

ประเภทอุบัติการณ์ตามความรุนแรง

- เหตุการณ์เกือบพลาด(near miss) เป็นเหตุการณ์ที่เกือบจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) แต่ไม่เกิดขึ้น
- เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event-AE) เป็นเหตุการณ์/อุบัติการณ์ซึ่งนำไปสู่อันตราย
- เหตุการณ์ที่เฝ้ามอง (sentinel event) เป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงส่งสัญญาณถึงความจำเป็นที่ต้องมีการสอบสวนและตอบสนองทันที
- การกระทำที่ไม่ปลอดภัยโดยเจตนา

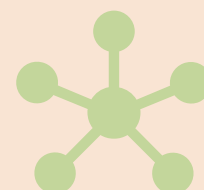
ขั้นตอนการทำ Root Cause Analysis (RCA)

- จัดทีม
- ตั้งโจทย์
- ศึกษาปัญหา
- หาสาเหตุเบื้องต้น
- วิเคราะห์หาสาเหตุเบื้องหลัง
- คัดเลือก root cause
- ออกแบบและแก้ไขปัญหาเชิงระบบ



จัดตั้งทีม

- ผู้ที่เกี่ยวข้องใกล้ชิด และมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นเป็นอย่างดี
- ผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลง (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย)
- ผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจ
- ผู้ที่มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง
- ผู้ที่มีทักษะในการวิเคราะห์



ตั้งโจทย์

- ระบุด้วยข้อความที่ชัดเจนและเจาะจงว่า “เกิดอะไรขึ้น” เพื่อช่วยให้ทีมมีจุดเน้นในการวิเคราะห์และปรับปรุง
- ตัวอย่างโจทย์ (เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือ adverse event)
 - ทันตแพทย์ถอนฟันผิดคน
 - ผู้ป่วยที่ถูกผูกยึดเสียชีวิต



- ผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตหลังตกเตียง
- ผู้ประกันตนของ รพ. ไม่ได้รับการส่งต่อมารับการรักษาตามระเบียบฯ ที่กำหนด

ศึกษาปัญหา

- ข้อมูลที่ทีมควรเก็บรวบรวมซึ่งควรกระทำโดยเร็วเพื่อป้องกันการหลงลืม ได้แก่
 - คำบอกเล่าและข้อสังเกตของผู้ใกล้ชิดเหตุการณ์ และผู้เกี่ยวข้อง (โดยการสัมภาษณ์)
 - หลักฐานทางกายภาพ
 - หลักฐานทางเอกสาร เช่น เวชระเบียนผู้ป่วย เป็นต้น

หาสาเหตุเบื้องต้น (Active failure or Unsafe act)

- สิ่งที่ได้กระทำ (actions) หรือไม่กระทำ (omissions) ซึ่งเบี่ยงเบนไปจากเหตุการณ์ประจำ (routine) ที่สามารถเชื่อมโยงว่าเกี่ยวข้องกับการเกิด sentinel event ซึ่งคำตอบที่ได้จะเป็นสาเหตุเบื้องต้นได้แก่
 - วินิจฉัยล่าช้า
 - ประเมินความเสี่ยงผิดพลาด
 - ข้อมูลไม่ครบถ้วน
 - อุปกรณ์ชำรุด
 - ขาดการเฝ้าระวังที่เหมาะสม
 - ขาดการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
 - ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
 - เลือกใช้แนวทางการรักษา

วิเคราะห์หาสาเหตุเบื้องหลัง (System analysis)

- ใช้กรอบแนวคิดต่อไปนี้ เป็นคำถามที่ใช้กระตุ้นทีม
 - มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เกี่ยวข้อง หรือไม่ (Patient factors)
 - มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ เกี่ยวข้อง หรือไม่ (Provider factors)
 - มีปัจจัยเกี่ยวกับงานที่มอบหมาย เกี่ยวข้อง หรือไม่ (Task factors)
 - มีปัจจัยเกี่ยวกับทีมงาน เกี่ยวข้อง หรือไม่ (Team factors)
 - มีปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เกี่ยวข้อง หรือไม่ (Environment factors)
 - มีปัจจัยเกี่ยวกับองค์กร เกี่ยวข้อง หรือไม่ (Institutional factors)

ออกแบบและแก้ไขปัญหาเชิงระบบ

- การสร้างระบบเพื่อให้ยากที่จะเกิดความผิดพลาด (มีปรากฏการณ์มากกว่าหนึ่งชั้น) โดยเน้นที่การขจัด root cause
- ควรมีมาตรการในการติดตามและตรวจสอบซึ่งมีความไวฝังอยู่ในระบบให้มากพอที่จะตรวจจับเมื่อเกิดปัญหา
- การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมักเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดขึ้นในกรณีส่วนใหญ่

* Simplified RCA

- ไม่วิเคราะห์บนกระดาษ
- วิเคราะห์จากเหตุการณ์จริง เข้าไปดูในสถานที่จริง คุยกับผู้คนที่เกี่ยวข้อง
- ถาม “ทำไม” เพื่อโยงไปสู่ปัจจัยองค์กร
- ถามว่า “ถ้าจัดการตรงสาเหตุนี้แล้ว ปัญหาจะลดลงหรือหมดไปหรือไม่”
- ใช้สถิติวิเคราะห์เมื่อจำเป็น