



กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาความรู้แนวคิดคุณภาพสำหรับสถานพยาบาล
ในโครงการเพิ่มประสิทธิภาพเครือข่ายด้วยระบบ Membership ปี 2568
วันที่ 21 พฤษภาคม 2568 เวลา 08.30 – 16.30 น. ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์
ถ่ายทอดจาก ห้องประชุมสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ชั้น 5 อาคารสุภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์ เพิ่มพูนความรู้เรื่องแนวคิดคุณภาพที่สำคัญให้กับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการเพิ่ม
ประสิทธิภาพเครือข่ายด้วยระบบ Membership ปี 2568

กลุ่มเป้าหมาย

- บุคลากรของเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ ผู้จัดการเครือข่าย ผู้ประสานงานสสจ. ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพเครือข่าย และที่ปรึกษาเครือข่าย
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่เข้าร่วมโครงการ HA Membership ปี 2568

ระยะเวลา: 1 วัน

สถานที่จัดสัมมนา: สถานที่เครือข่ายกำหนด

สิ่งที่ต้องเตรียมเพื่อการเรียนรู้

- ข้อมูล NRLS
- ข้อมูลรายงานความเสี่ยงของสถานพยาบาล
- ผลการทบทวนความเสี่ยง

วันที่ 21 พฤษภาคม 2568

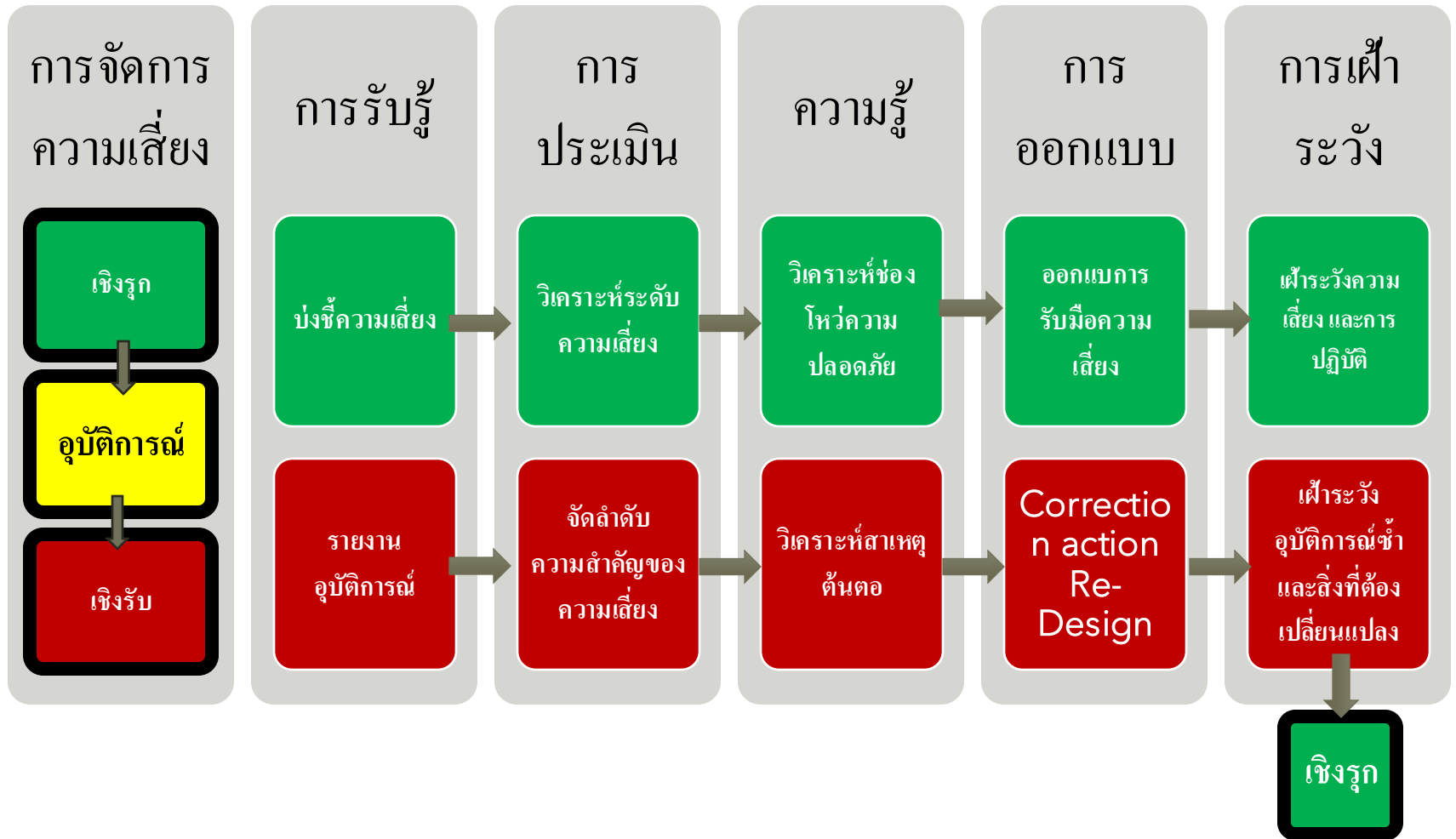
เวลา	กิจกรรม	ผู้นำกระบวนการ
08.30 - 09.00 น.	ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมออนไลน์	
09.00 - 10.45 น.	- แนวคิดหลักการทบทวน RCA - RCA กับการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐาน	นพ.สุรพร ก้อนทอง ผู้เยี่ยมสำรวจ นพ.อเนก หล้าเพชร วิทยากร สรพ.
10.45 - 11.00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
11.00 - 12.00 น.	Pitfall การทำ RCA	นพ.สุรพร ก้อนทอง ผู้เยี่ยมสำรวจ นพ.อเนก หล้าเพชร วิทยากร สรพ.
12.00 - 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	

เวลา	กิจกรรม	ผู้นำกระบวนการ
13.00 – 14.30 น.	ตัวอย่าง และ Workshop RCA	นพ.สุรพร ก้อนทอง ผู้เยี่ยมสำรวจ นพ.อเนก หล้าเพชร วิทยากร สรพ.
14.30 - 14.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
14.45 – 16.30 น.	นำเสนอ Workshop RCA Q&A	นพ.สุรพร ก้อนทอง ผู้เยี่ยมสำรวจ นพ.อเนก หล้าเพชร วิทยากร สรพ.

หมายเหตุ: กำหนดการสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม



Root Cause Analysis Workshop



ขั้นตอนของการทำ RCA

II. Determine how and why it happened

3. Proactive fact finding (listen, observe & investigate)

ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
รับฟังเสียงของผู้เกี่ยวข้องว่าประสบอะไร ได้รับ
ข้อมูลอะไร แปลความหมายอย่างไร ต้องการ
อะไร มีข้อจำกัดอะไร (ใช้ empathy map)
ใช้ guiding question เพื่อค้นหาปัจจัยก่อเหตุ

4. Identify root causes / causal statement /Swiss cheese

พิจารณาว่ามีรอยโหว่ในปราการป้องกันอะไรบ้าง
วิเคราะห์ของโหว่ของแต่ละ potential change
ไปจนถึง latent condition หรือปัจจัยองค์กร
เขียนสรุปเป็น causal statement

I. Understand what happened



2. Identify potential change or unsafe act

ใช้ประโยชน์จากอคติของการมองย้อนหลังในการ
หาจุดเปลี่ยนที่เป็นโอกาสพัฒนา โดยไม่ตำหนิผู้คน
ระบุ potential change ตาม care process
หรือ work process ตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ

ใช้ scale เวลา, เป็นที่การกระทำ
ของผู้เกี่ยวข้องของควบคู่กับสถานการณ์

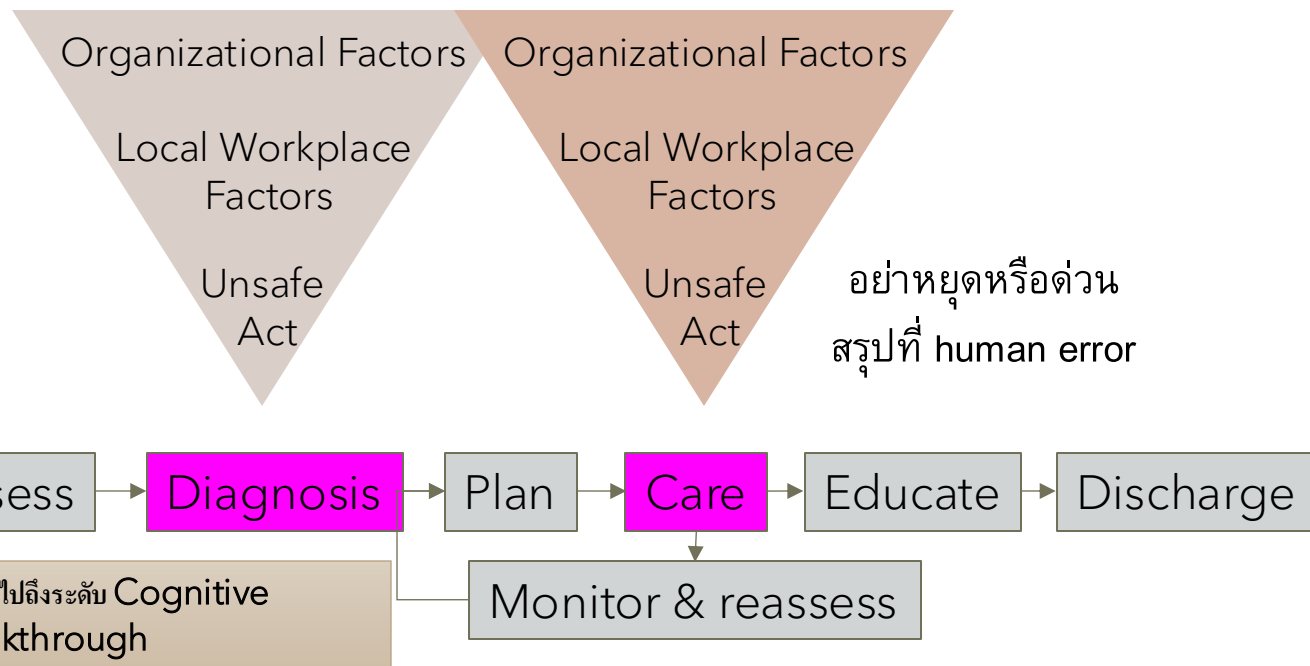
III. Develop and manage recommended action

5. Propose creative solution

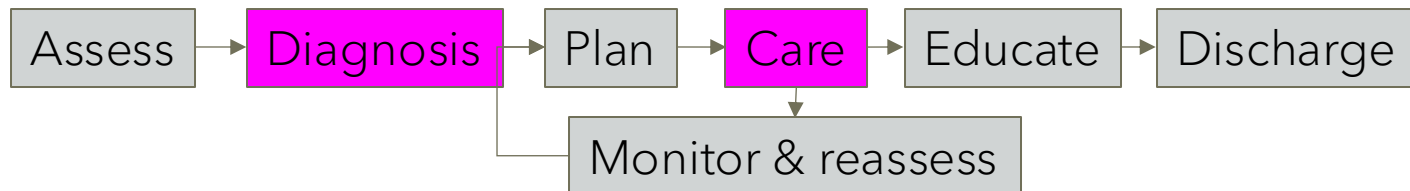
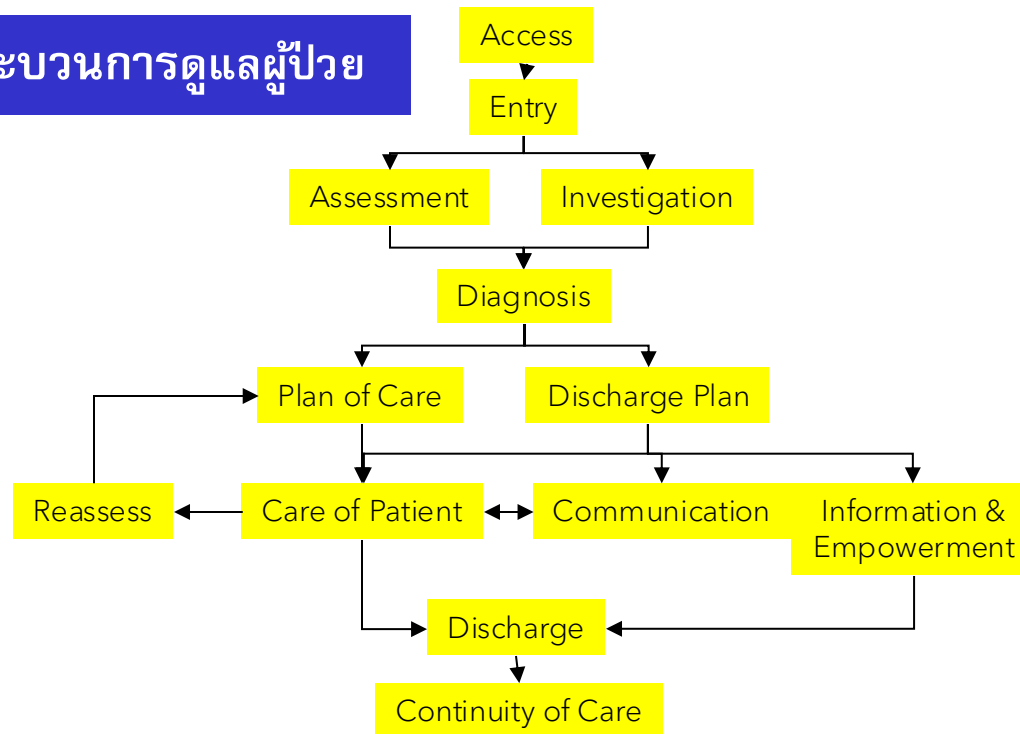
ใช้หลัก human factors ออกแบบเพื่อ
ป้องกัน ทำให้ดีขึ้นตรงจุดไหนเร็วขึ้น ทำให้
เร็วขึ้นทำให้เหมาะสมขึ้น
นำแนวคิดไปทดลองปฏิบัติจนได้ผล (action)
ใช้สิ่งที่เคยเกิดมาฝึก mindfulness

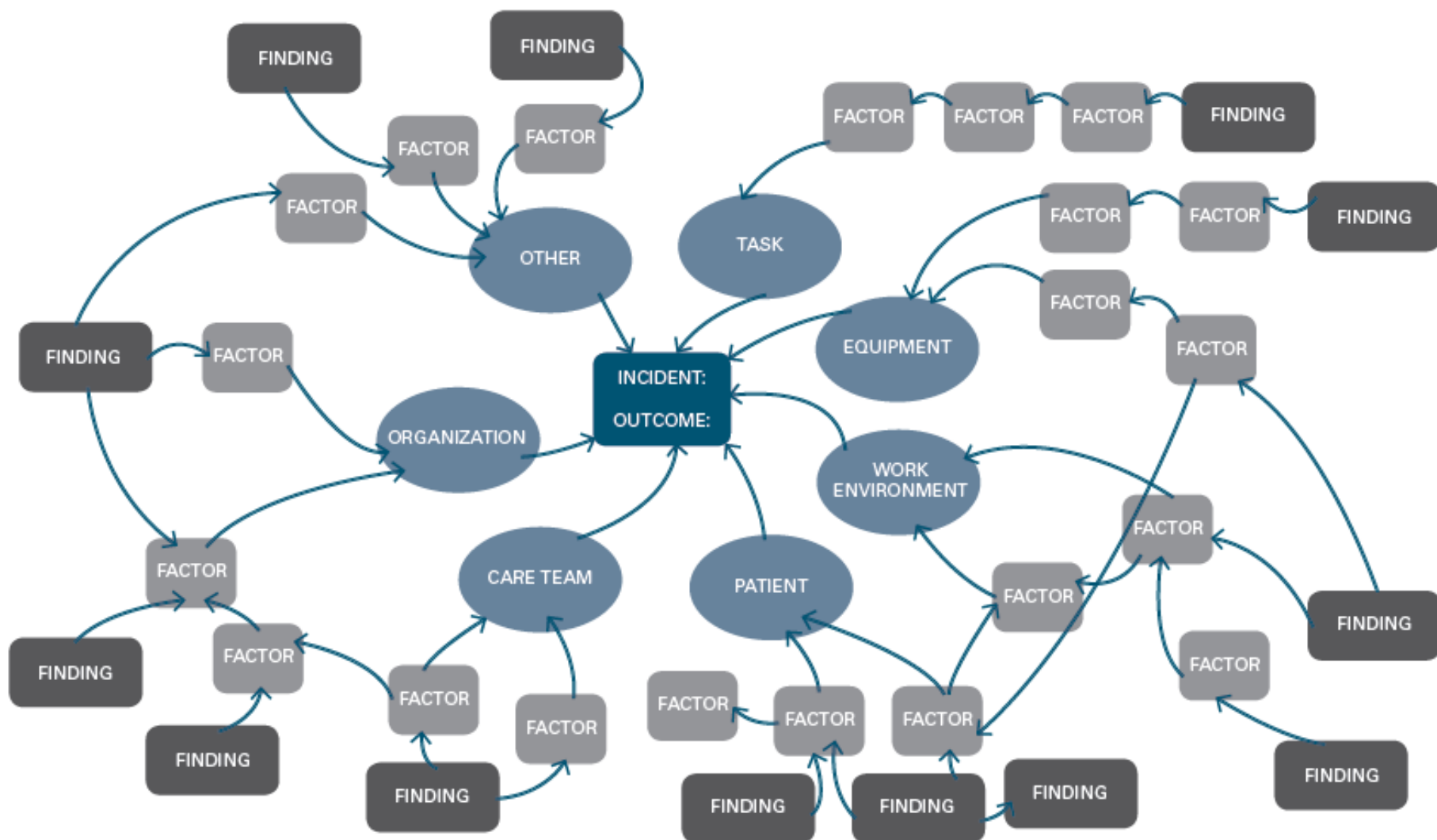
RCA มองให้เห็น Swiss Cheese ใน 2 ระนาบ

ถาม WHY โดยมีแนวคิดเชิงระบบอยู่ในใจ



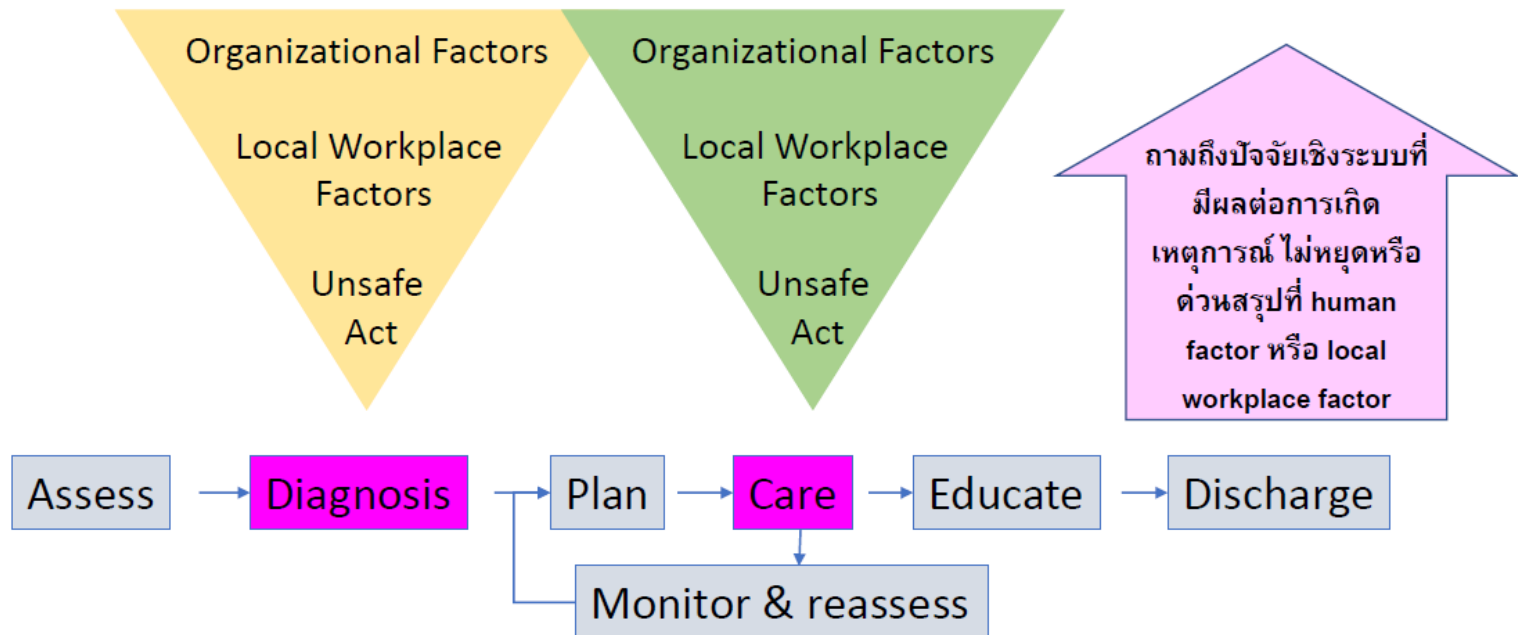
กระบวนการดูแลผู้ป่วย



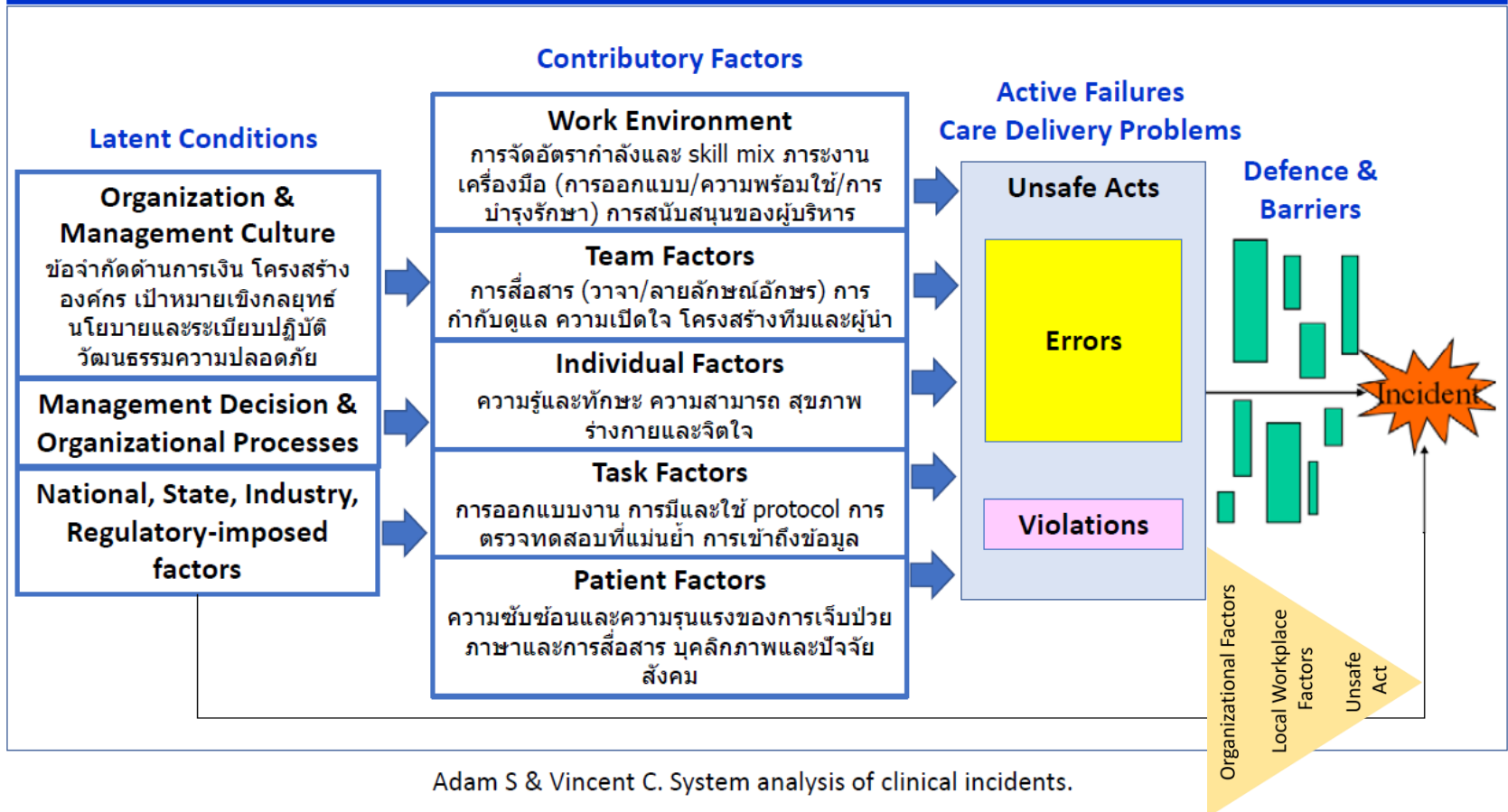


มองให้เห็น Swiss Cheese ใน 2 ระนาบ

ถาม WHY โดยมีแนวคิดเชิงระบบอยู่ในใจ

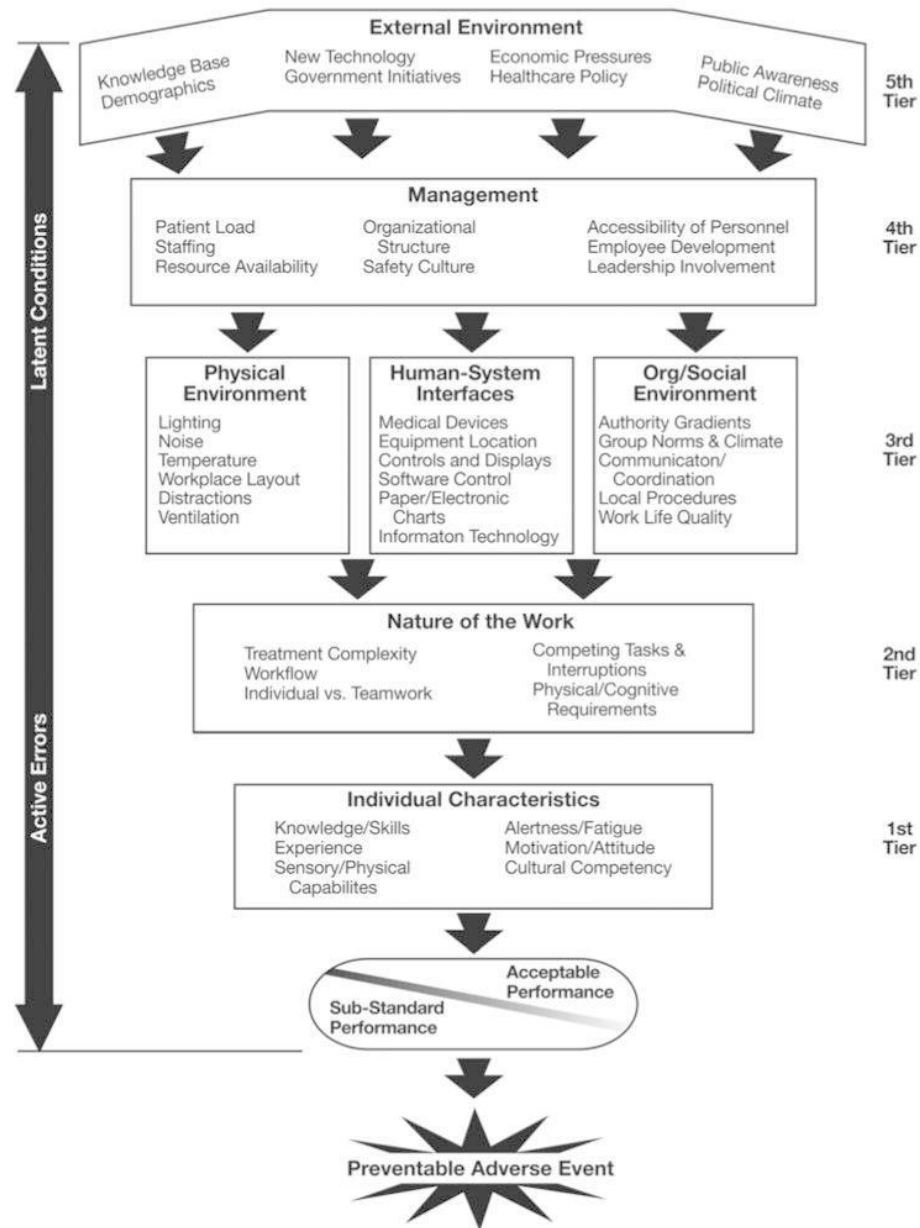


Organizational Accident Causation Model

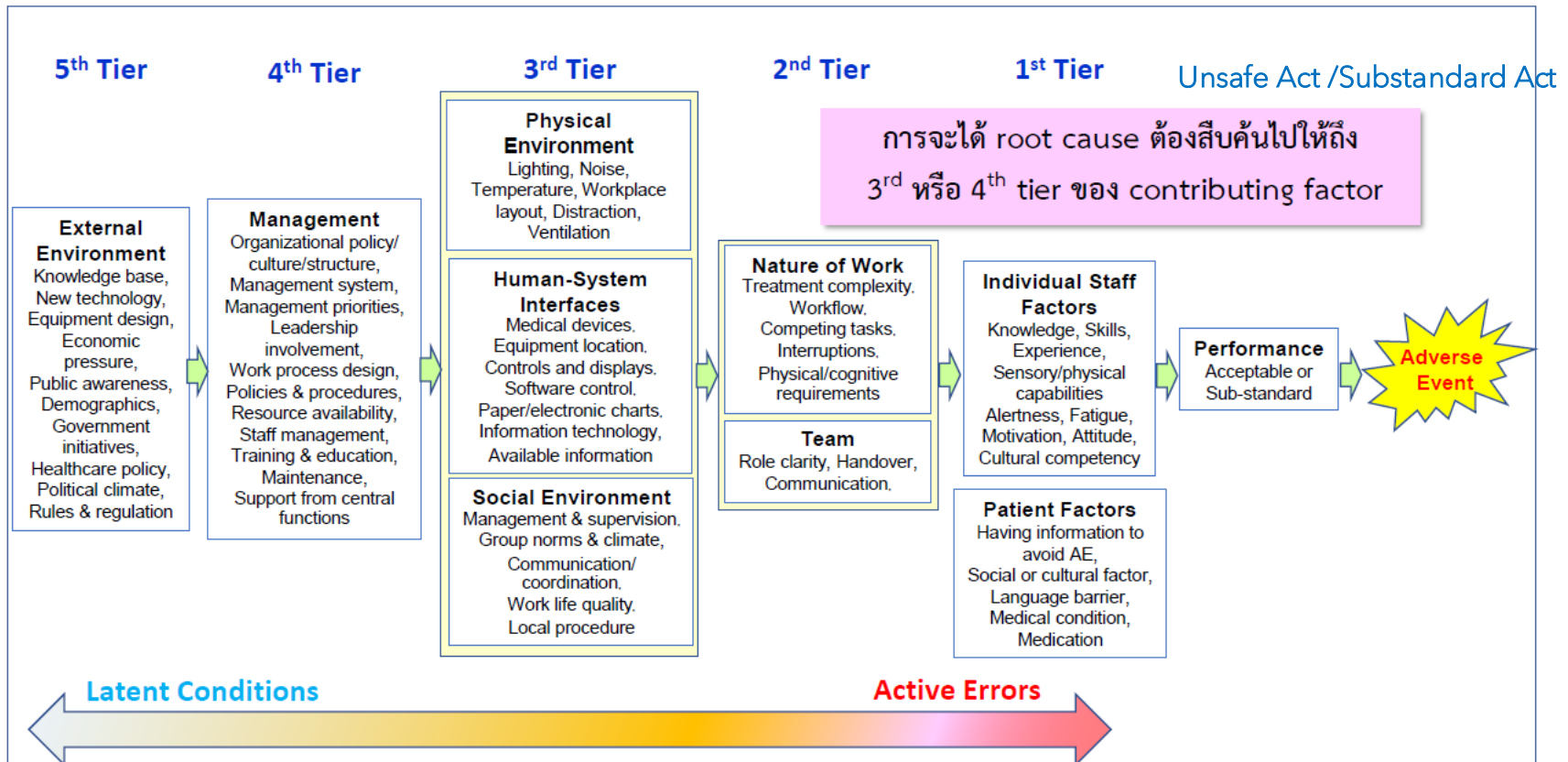


Adam S & Vincent C. System analysis of clinical incidents.

Contributing Factors to Adverse Events in Health Care

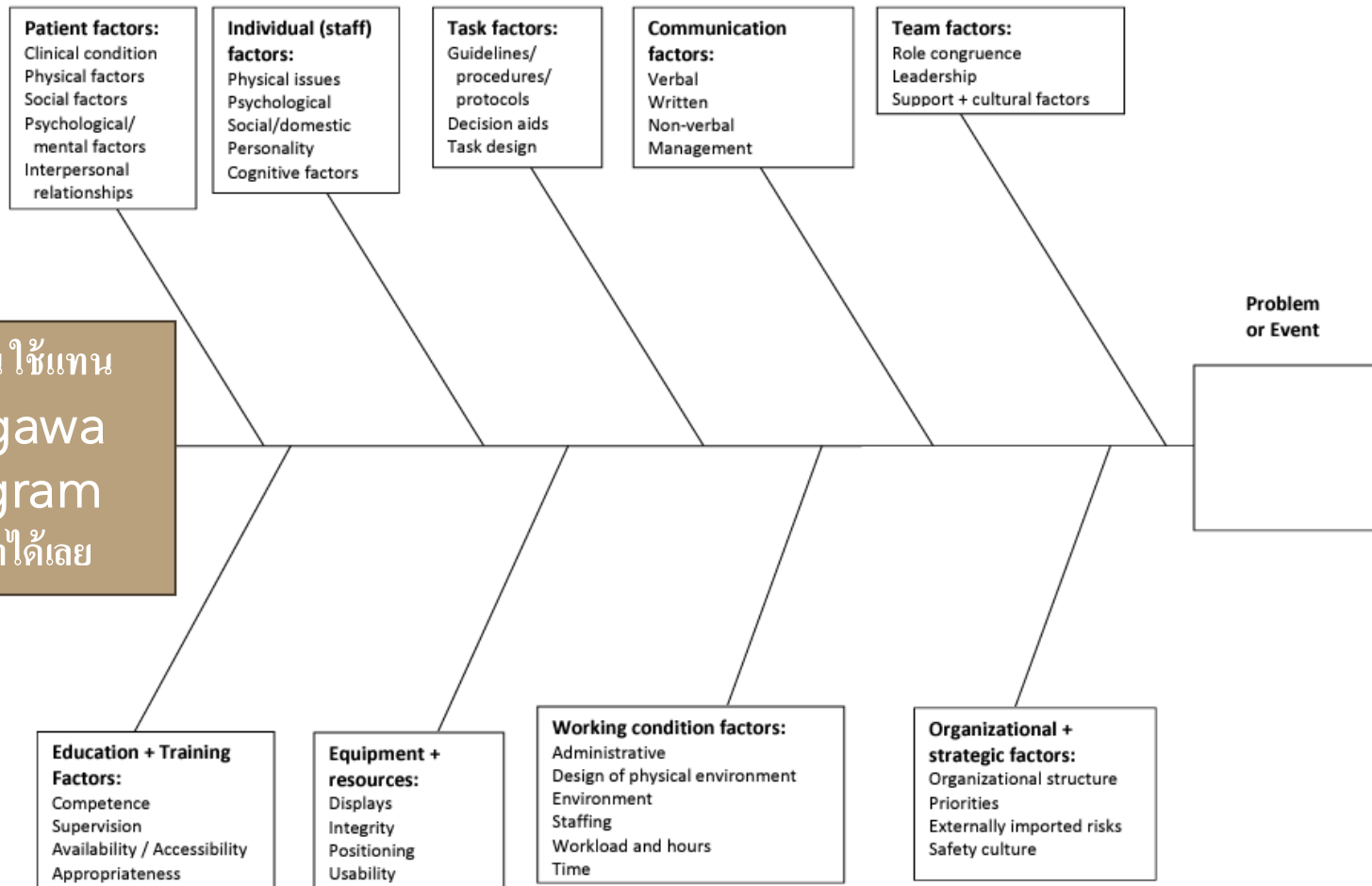


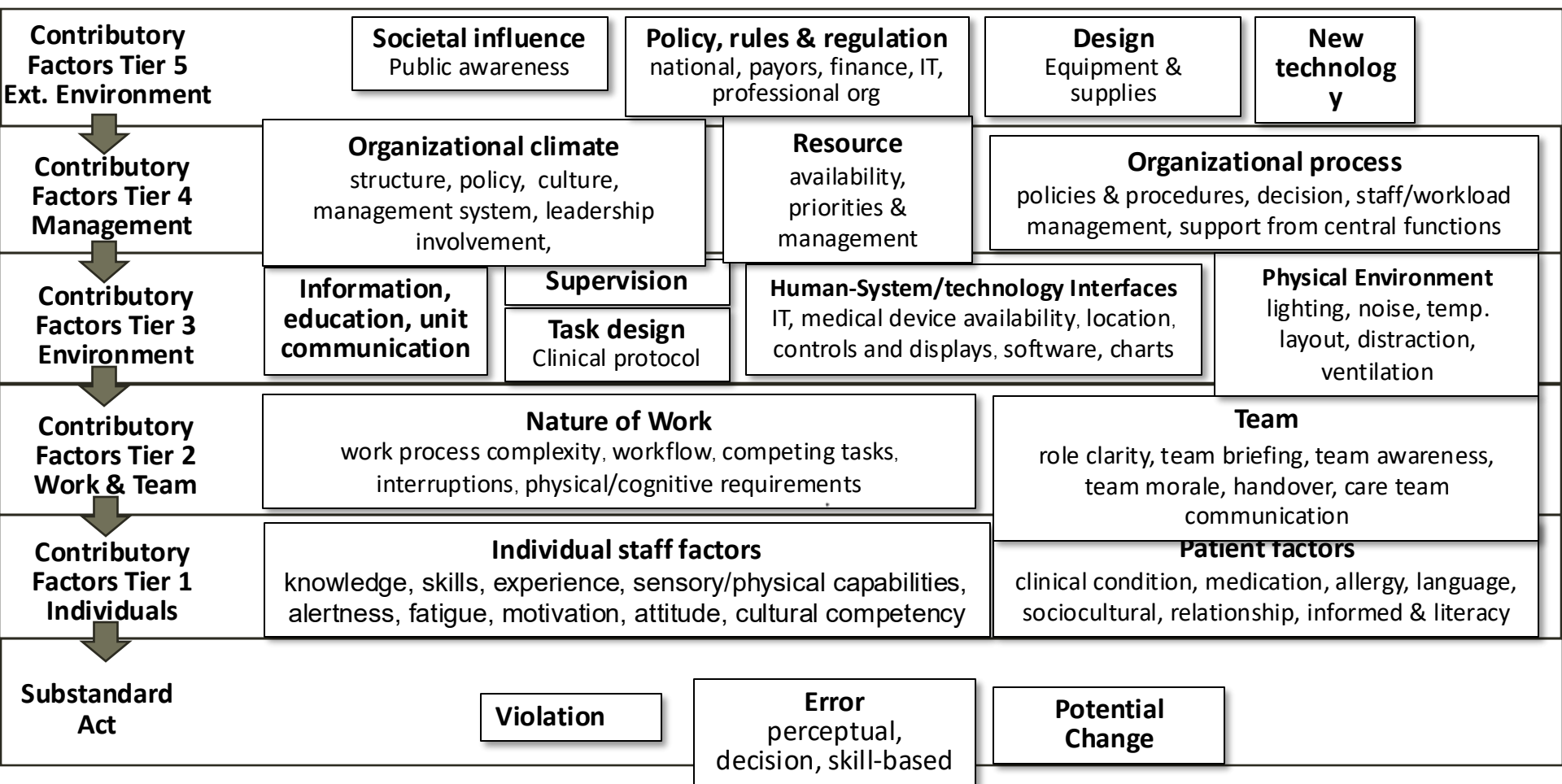
Contributing Factors to Adverse Events in Health Care



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ปรับจาก Kerm Henriksen et al. & Canadian Incident Analysis Framework

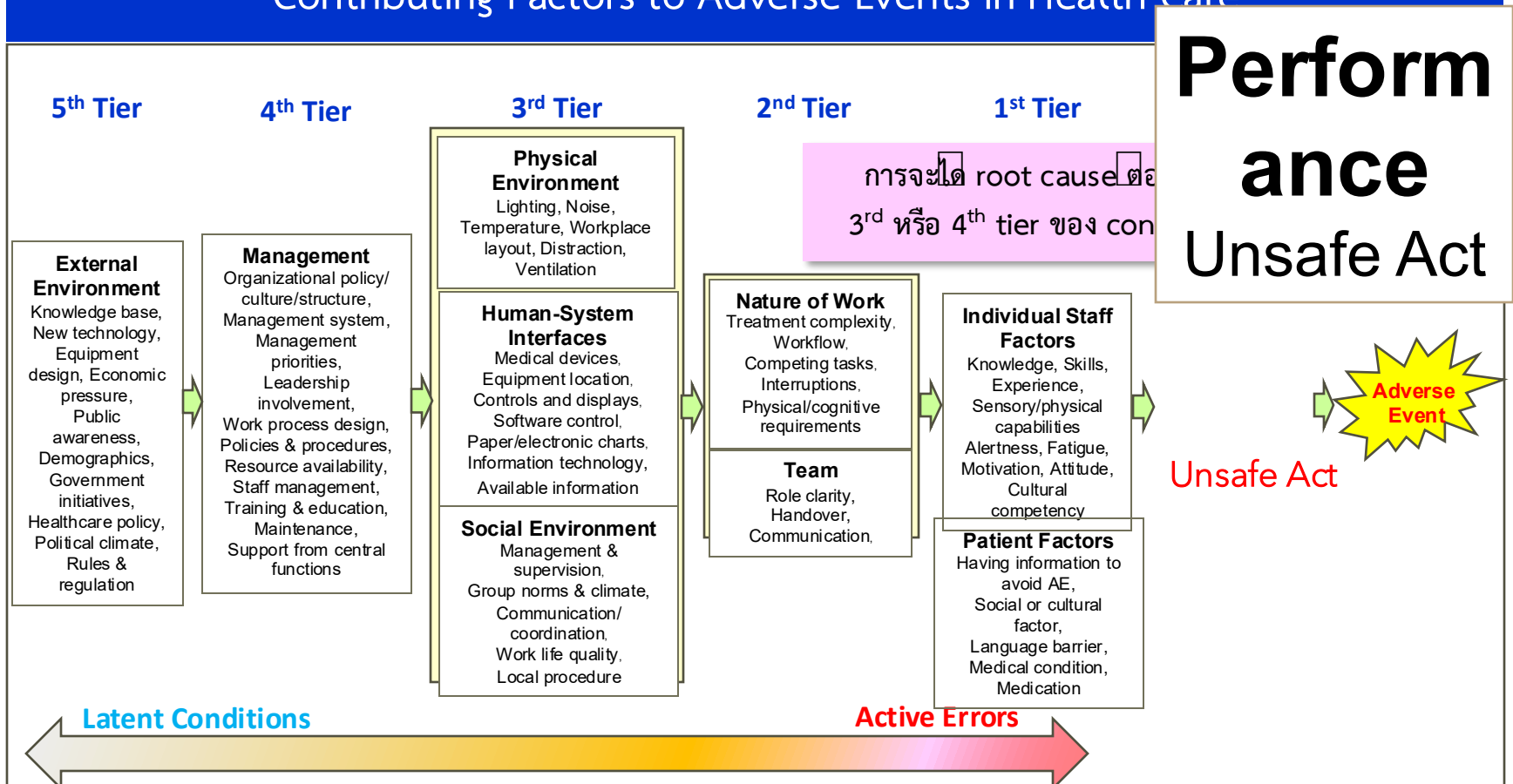
2 แกนใช้แทน Ichigawa Diagram กางปลาได้เลย





Flow of Steps

Contributing Factors to Adverse Events in Health Care



นพ.อนวัจน์ สุภชุตติกุล ปรับจาก Kerm Henriksen et al. & Canadian Incident Analysis Framework

Contributing Factors to Adverse Events in Health Care

5th Tier

4th Tier

3rd Tier

2nd Tier

1st Tier

Patient Factors

Having information to avoid AE, ความรู้ในการป้องกันอุบัติการณ์

Social or cultural factor, ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมความปลอดภัย

Language barrier, ภาษา

Medical condition, สภาวะสุขภาพ

Medication การให้ยา

or



coordination,
Work life quality,
Local procedure

Latent Conditions

Active Errors

Individual Staff Factors

Knowledge, ความรู้

Skills, ทักษะ

Experience, ประสบการณ์

Sensory/physical capabilities ความสามารถในการรับรู้และตอบสนอง

Alertness, ความตื่นตัว

Fatigue, ความเหนื่อยล้า

Motivation, แรงจูงใจ

Attitude, ทศนคติ

Cultural competency สมรรถนะทางวัฒนธรรม

ปัจจัย
Factor



Contributing Factors to Adverse Events in Health Care

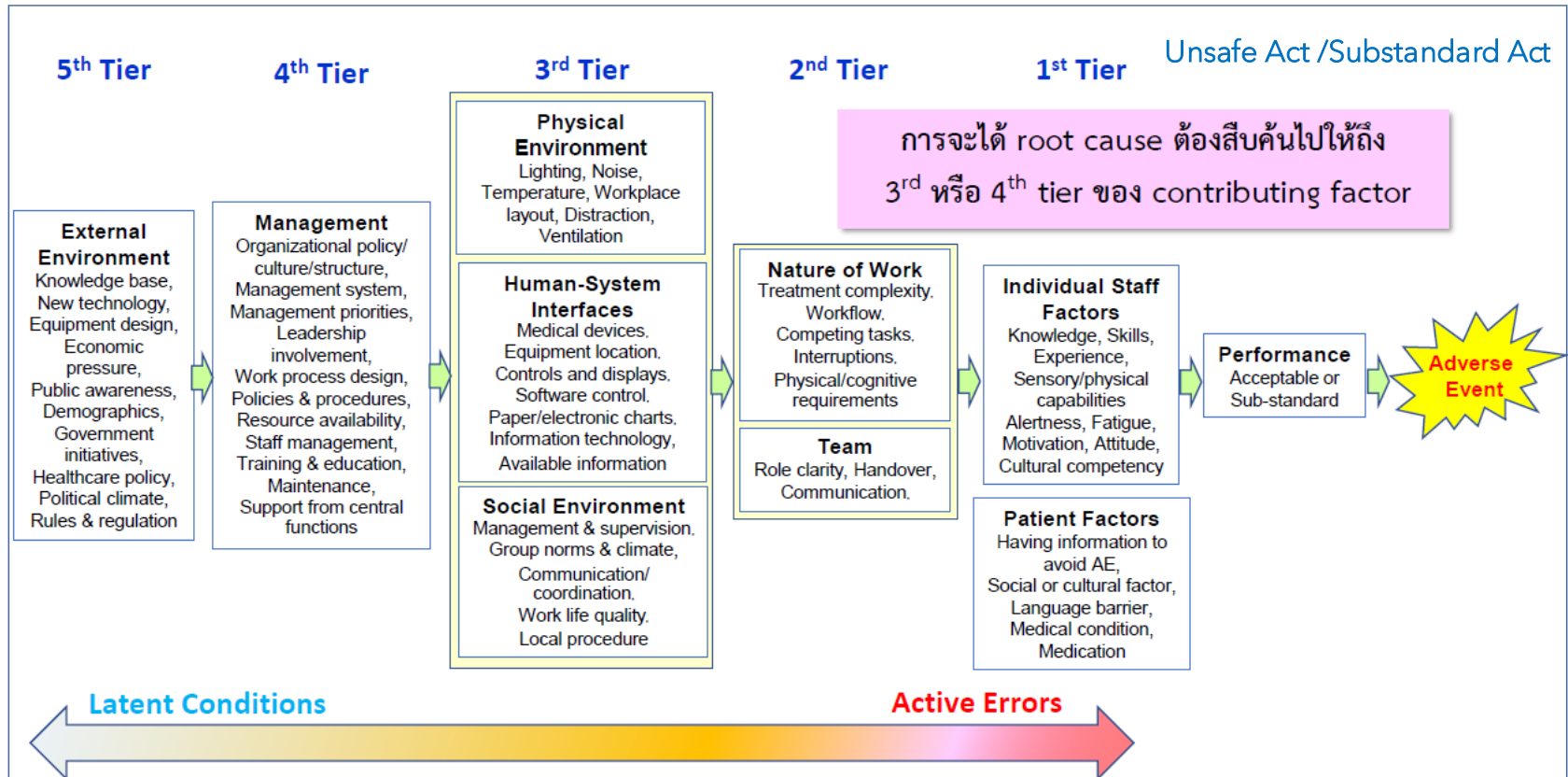
**Individual
Staff Factors**

**Performance
Unsafe Act**

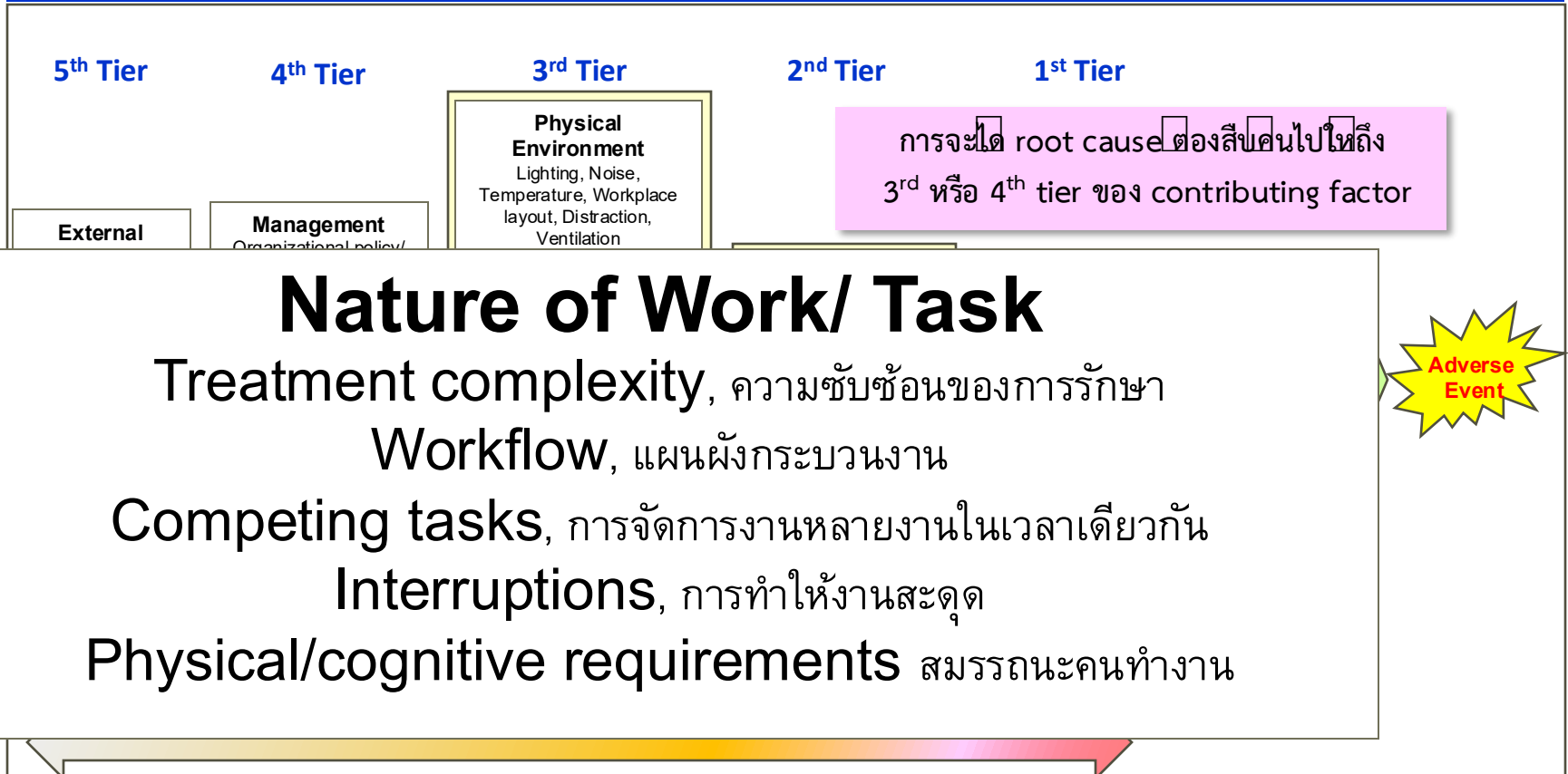
**Patient
Factors**

การป้องกันหน้างาน
อย่างน้อยการออกแบบต้องแก้ไข 1 Tier ได้

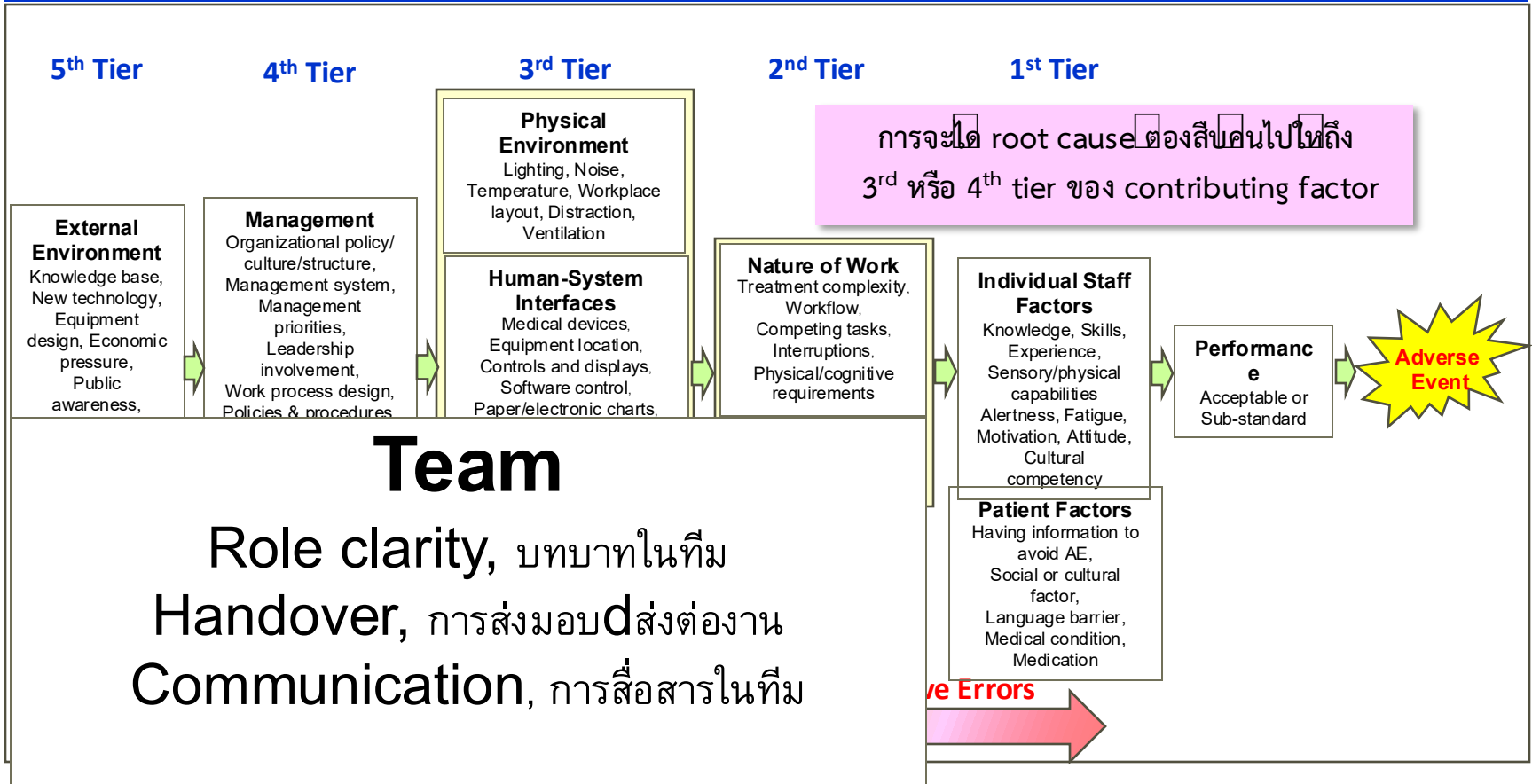
Contributing Factors to Adverse Events in Health Care



Contributing Factors to Adverse Events in Health Care

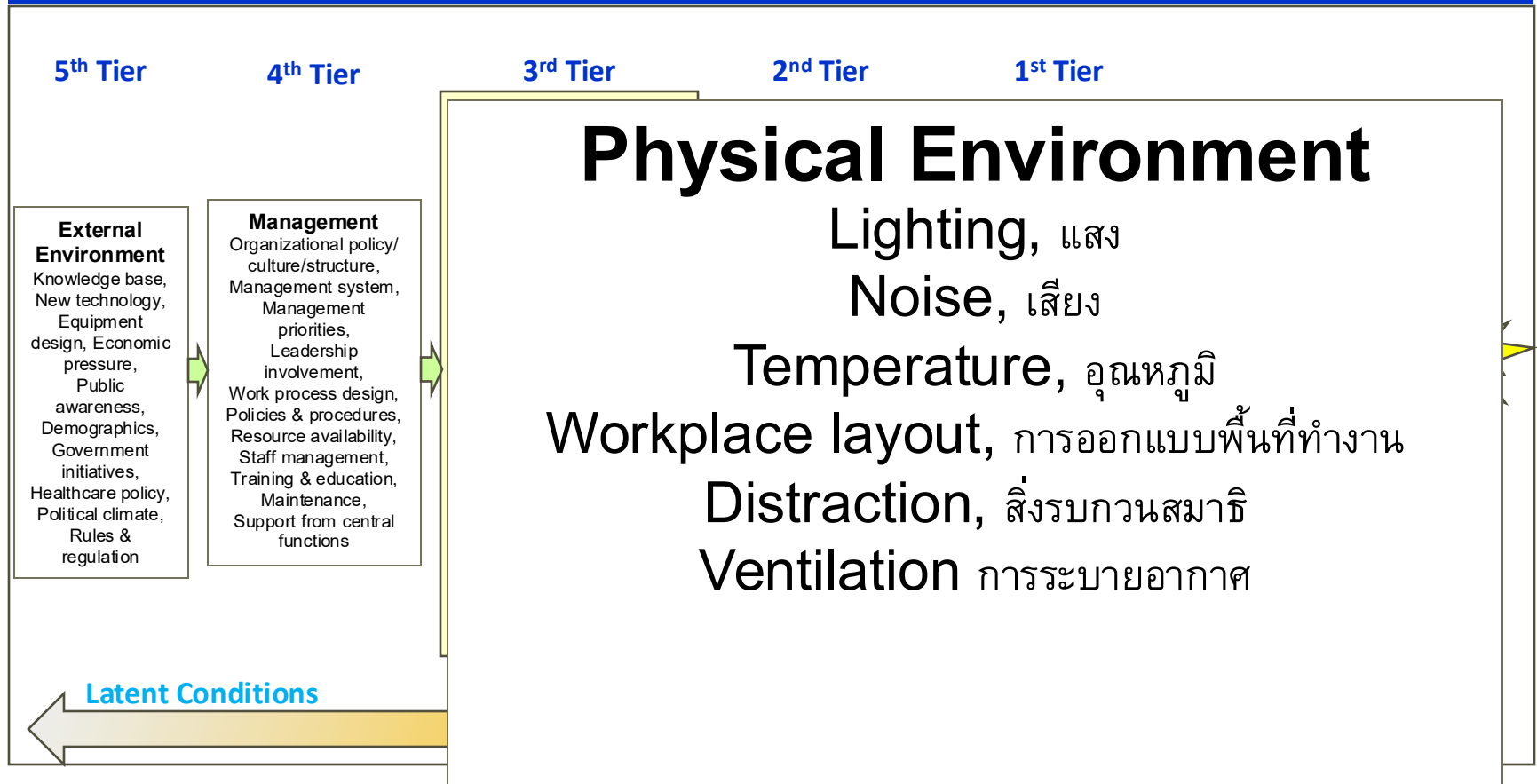


Contributing Factors to Adverse Events in Health Care



นพ.อนวัช คุรุชิตกุล ปรับจาก Kerm Henriksen et al. & Canadian Incident Analysis Framework

Contributing Factors to Adverse Events in Health Care



นพ.อนวัจน์ ศุภชุตินกุล ปรับจาก Kerm Henriksen et al. & Canadian Incident Analysis Framework

Human-System Interfaces

Medical devices, อุปกรณ์

Equipment location, คลังอุปกรณ์

Controls and displays, การควบคุมและจัดวาง

Software control, โปรแกรมควบคุม

Paper/electronic charts, เวชระเบียน

Information technology, สารสนเทศ

โรงพยาบาล

Available information ข้อมูลพร้อมใช้

5th Tier

External Environment
Knowledge base,
New technology,
Equipment
design, Economic
pressure,
Public
awareness,
Demographics,
Government
initiatives,
Healthcare policy,
Political climate,
Rules &
regulation

Ma
Orga
cul
Mana
M

it
Work
Polic
Reso
Staff
Train
M
Supp

Latent Condition

ปัจจัย
ector

Adverse
Event

Contributing Factors to Adverse Events in Health Care

5th Tier

External Environment
Knowledge base
New technology
Equipment
design, Economic
pressure,
Public
awareness
Demographic
Government
initiatives,
Healthcare policy
Political climate
Rules &
regulation

Late

Social Environment

Management & supervision, การบริหารหน่วย/การ

กำกับติดตามนิเทศตามรอย

Group norms & climate , บรรทัดฐานหน่วย/บรรยากาศ
ในหน่วย

Communication การสื่อสารในหน่วยงาน
coordination, การประสานงาน

Work life quality, คุณภาพชีวิตคนทำงาน

Local procedure การปฏิบัติงานประจำวัน



Management

Organizational policy/ culture/structure,องค์กร

Management system, ระบบบริหาร

Management priorities, การจัดลำดับความสำคัญ

Leadership involvement, การมีส่วนร่วมของผู้บริหาร

Work process design, การออกแบบระบบงาน

Policies & procedures, นโยบายและการกำกับ

Resource availability, การจัดสรรทรัพยากร

Staff management, การจัดการบุคลากร

Training & education, การฝึกอบรมส่งเสริม

Maintenance, การซ่อมบำรุงเชิงป้องกัน

Support from central functions ระบบสนับสนุน



External Environment

Knowledge base, หลักฐานวิชาการ

New technology, เทคโนโลยีใหม่

Equipment design, การออกแบบอุปกรณ์

Economic pressure, เศรษฐกิจ

Public awareness, ความตื่นรู้ตื่นตัวของสาธารณชน

Demographics, ประชาธิปไตย

Government initiatives, ประเด็นสำคัญภาครัฐ

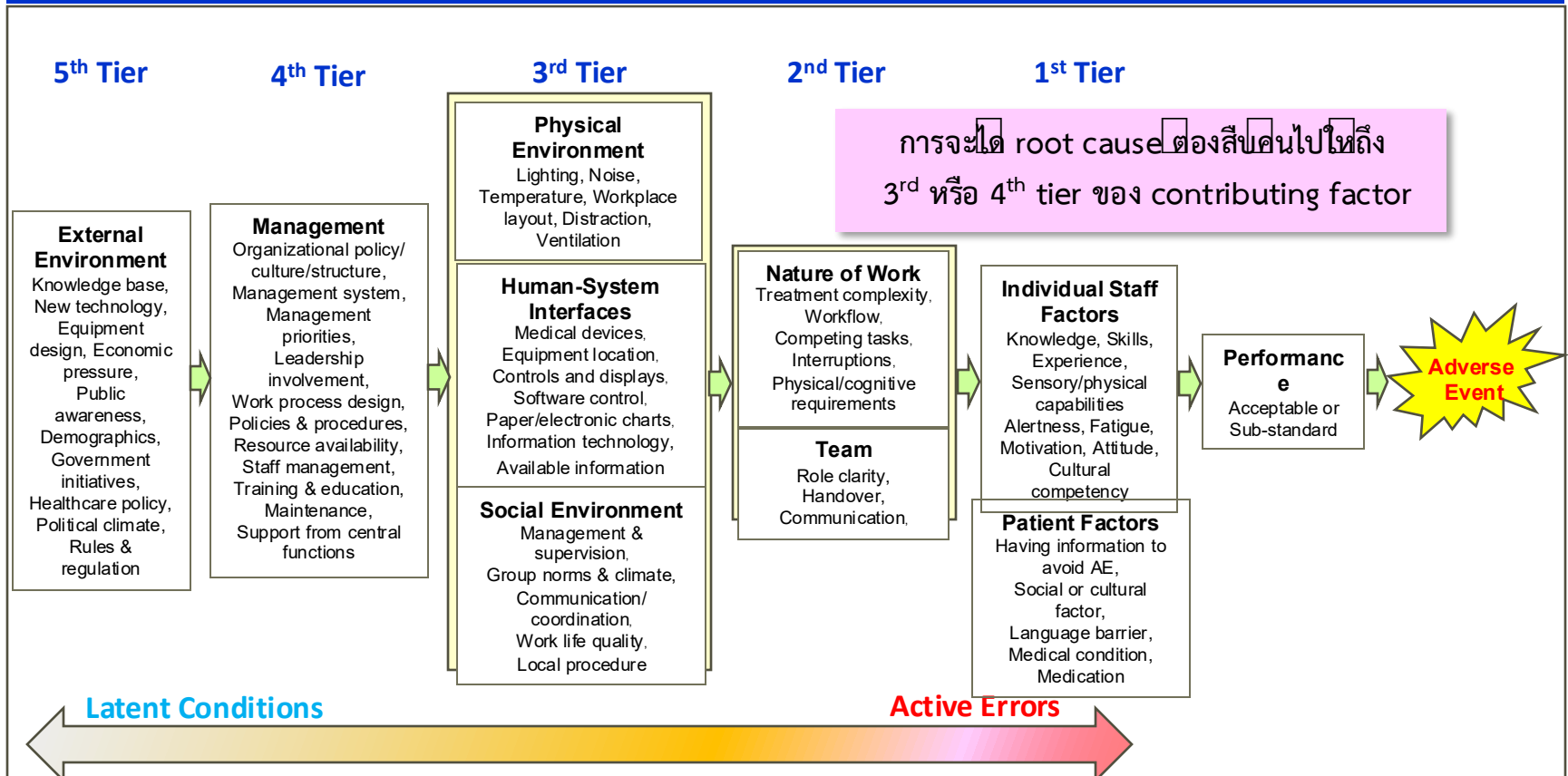
Healthcare policy, นโยบายสาธารณสุข

Political climate, บรรยากาศทางการเมือง

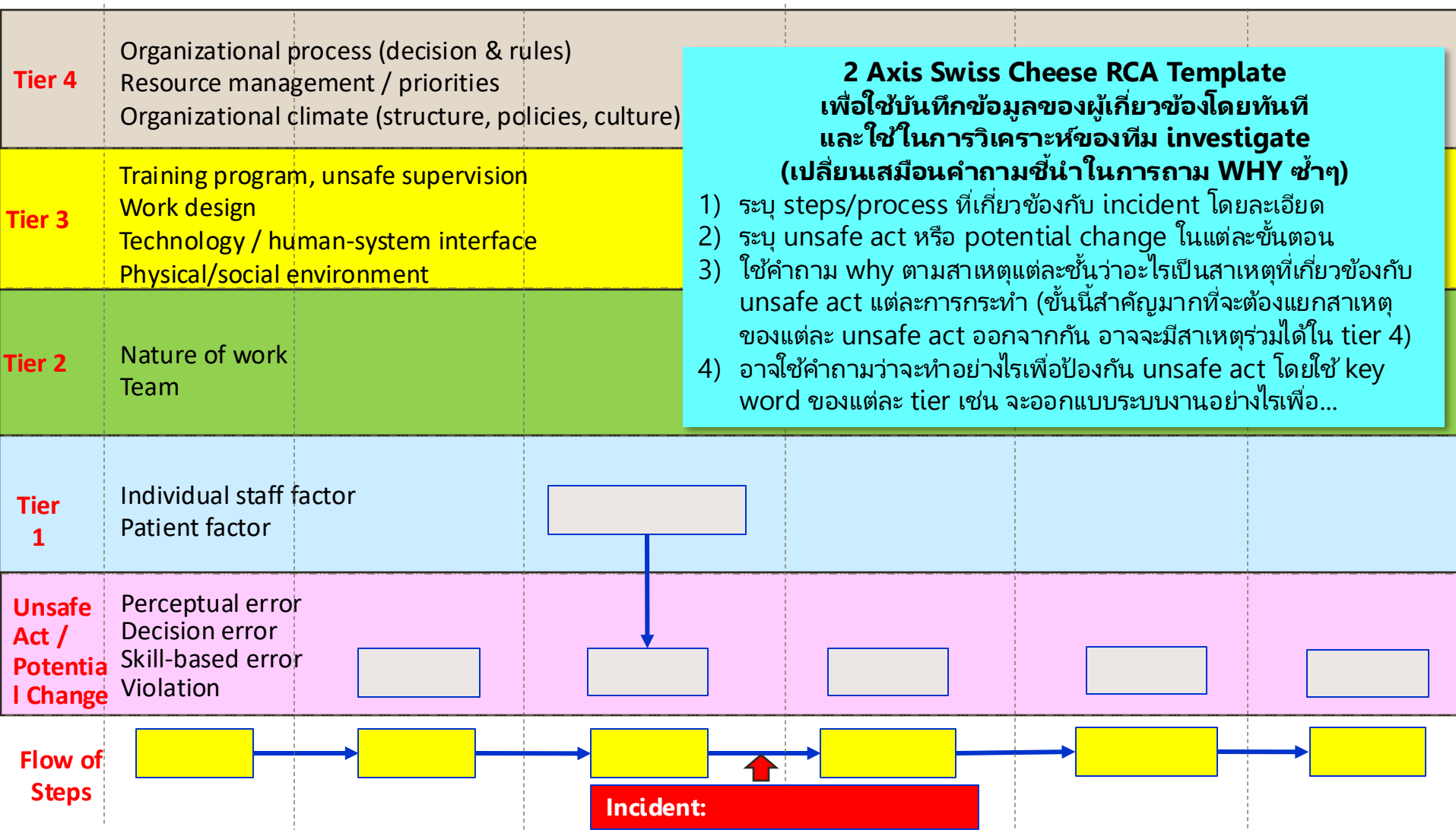
Rules & regulation กฎหมายและการบังคับใช้

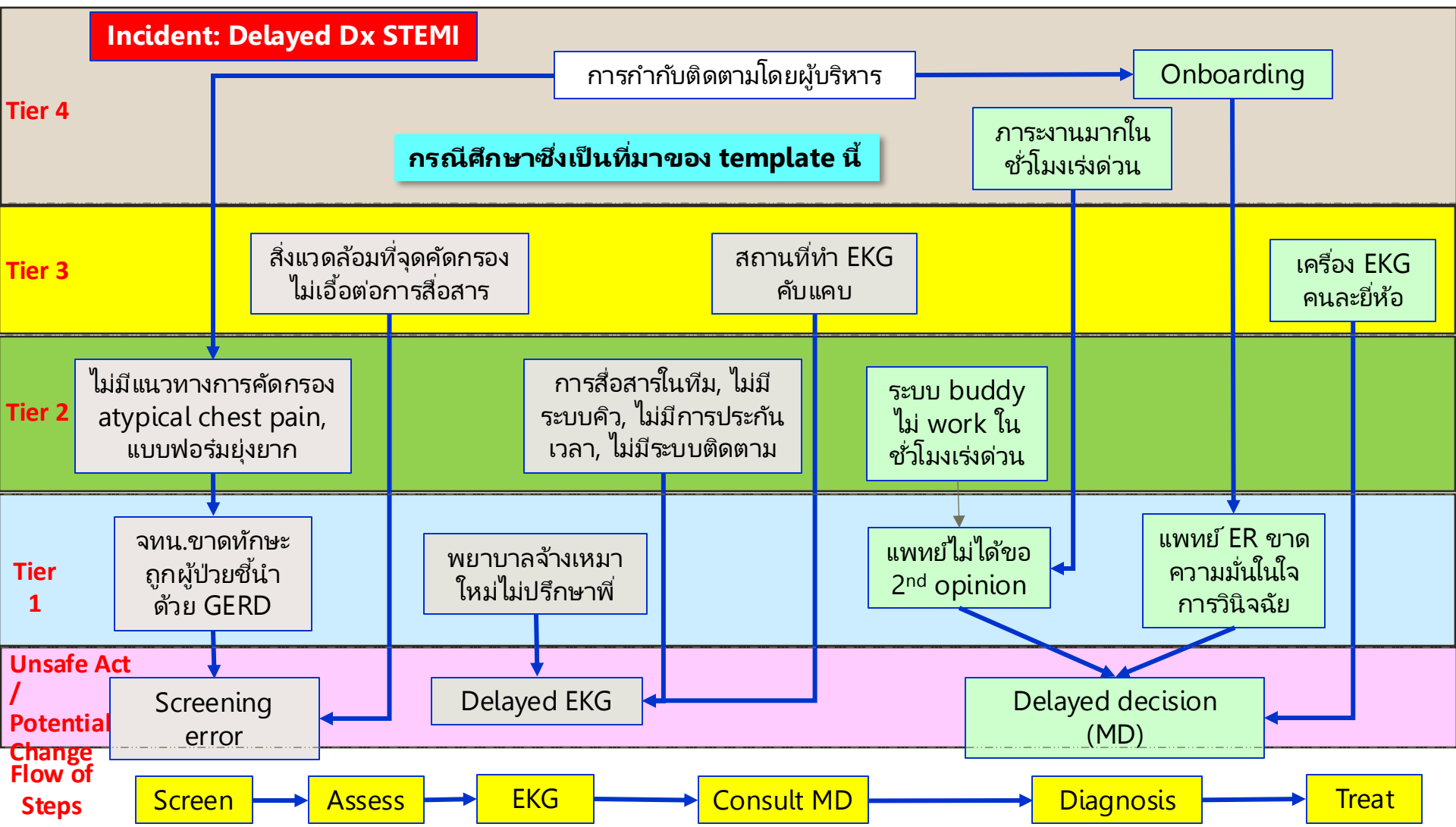


Contributing Factors to Adverse Events in Health Care











RCA workshop

Timeline

30 มิ.ย.

- 05:14 น. ผู้ป่วยชายอายุ 42 ปี มีประวัติ DM, HT, DLP เข้ารับการรักษาด้วย MCA
- 06:20 น. ผลตรวจ CT Brain และ CT C-spine ปกติ, MRI C-spine พบ #C4-C7, Spinal Cord Contusion: C2-C5, CXR ปกติ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด Laminectomy
- 14:00 น. ผู้ป่วยมีอาการสับสน (หลง)

2 ก.ค.

- 18:00 น. ผู้ป่วยย้ายจาก ICU มายัง Ward 2/2 และได้รับการประเมินประเภผู้ป่วยระดับ 4

3 ก.ค.

- ผู้ป่วยได้รับการประเมินประเภทผู้ป่วยระดับ 3
- แพทย์ตรวจพบแผลผ่าตัดศีรษะไม่ถูกเย็บและมีสิ่งแปลกปลอม
- ผู้ป่วยมีไข้และหายใจเร็วขึ้น
- ผลตรวจ EKG พบ Trachycardia, CXR พบ Lung Aspirate Pneumonia
- เปลี่ยนยาปฏิชีวนะจาก Cef-3 เป็น Tazocin
- ผู้ป่วยมีไข้สูง แต่ไม่ได้รายงานแพทย์เจ้าของไข้เนื่องจากงานยุ่ง
- กายภาพบำบัดไม่ได้มาประเมินผู้ป่วยเนื่องจากภาระงานมาก

4 ก.ค.

- ผลตรวจ CXR ปกติ, CTA Pulmonary ปกติ, Sputum c/s พบ E.Coli

5 ก.ค.

- กายภาพบำบัดมาประเมินผู้ป่วยและส่งปรึกษาแพทย์ Rehab

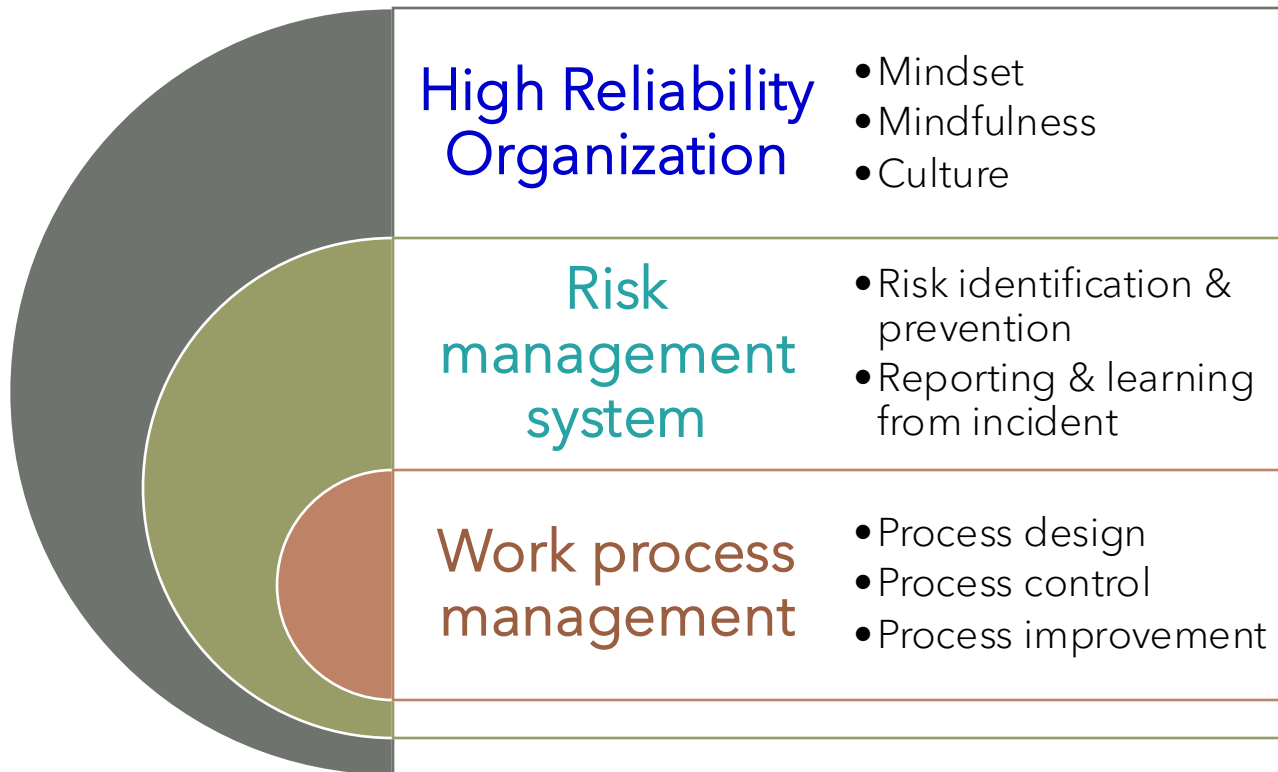
6 ก.ค.

- 06:00 น. ผู้ป่วยมีไข้ 38.6 องศาเซลเซียส แต่ยังสามารถพูดคุยกับญาติได้
- 07:00 น. ญาติมาเฝ้าผู้ป่วยแทนและพบว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนองและไม่หายใจ จึงเรียก Code CPR และย้ายผู้ป่วยกลับไป ICU

9 ก.ค.

- 11:00 น. ผู้ป่วยเสียชีวิต

3 ระบบที่ซ้อนกันอยู่เพื่อความปลอดภัย



มาตรการจัดการ Cognitive Complexity

- Mindset
- Mindfulness
- Explicit to Tacit knowledge

Mindset



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

MINDSET?



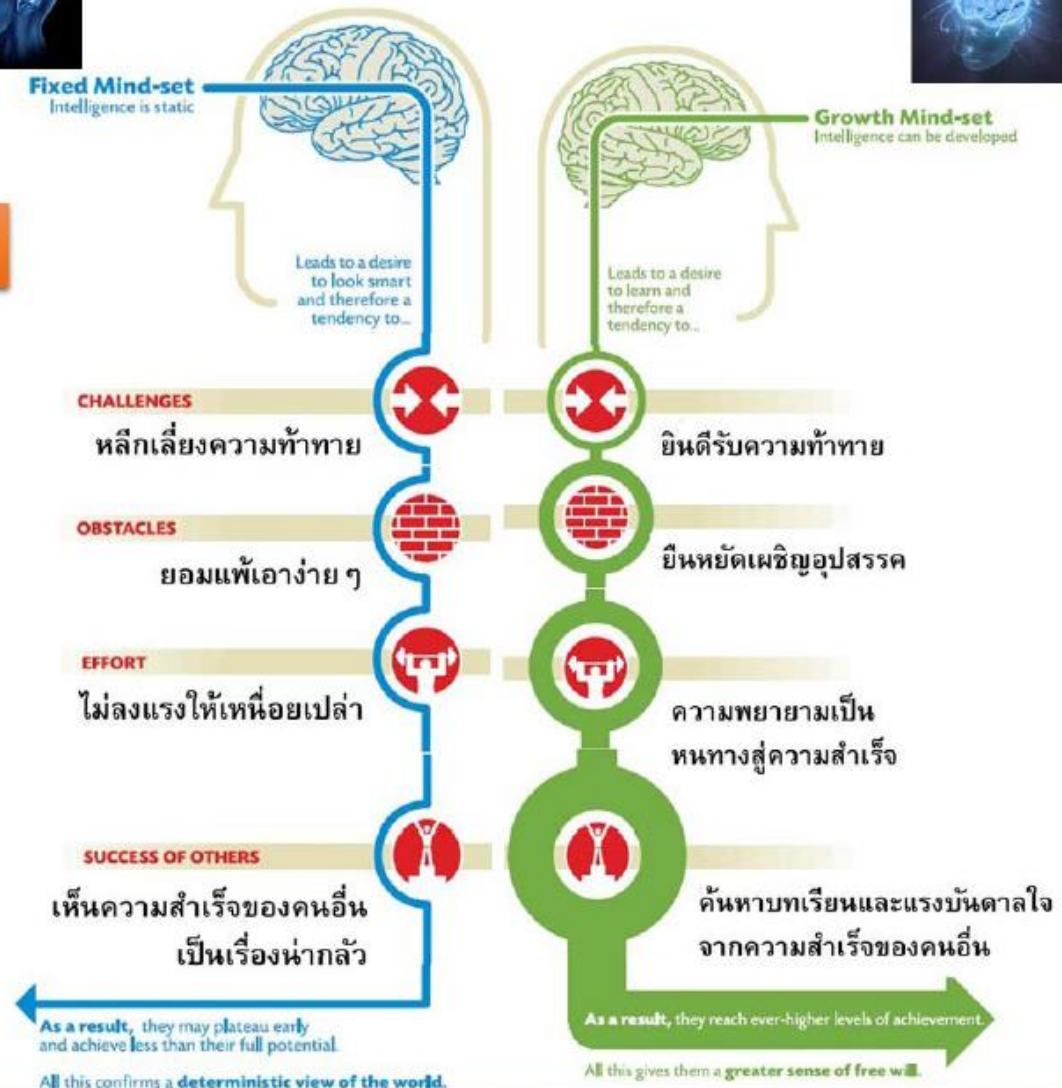
Fixed Mind-set
Intelligence is static



Growth Mind-set
Intelligence can be developed

What is your Mindset?

**FIXED OR
GROWTH**



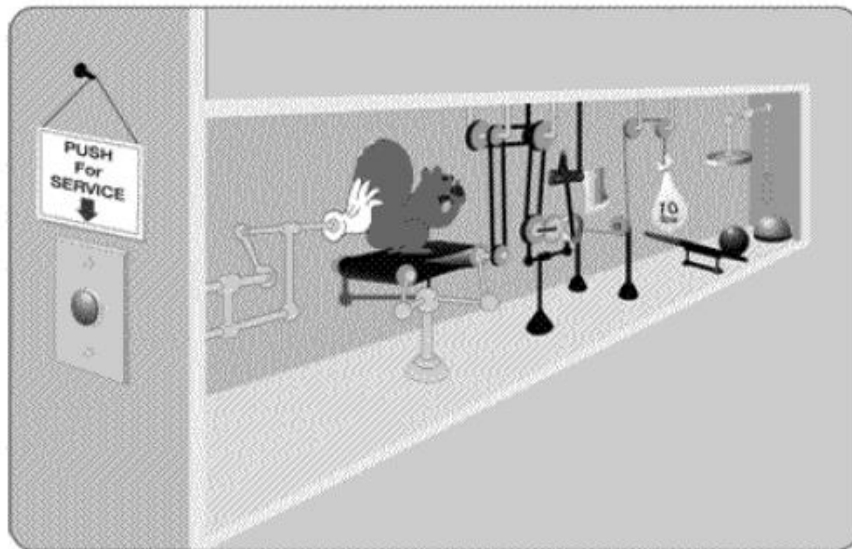
ไครครวญ (ต้นรู้ทางความคิด)

Mindset

สรรพสิ่งมีความสัมพันธ์กัน
ระบบใหญ่ประกอบด้วยระบบย่อยจำนวนมาก
ใช้แนวคิดเชิงระบบเพื่อพิจารณาสิ่งที่ซ่อนตัว
อยู่

Mindfulness

พินิจความสัมพันธ์ของสรรพสิ่ง
ยอมรับว่าซับซ้อน ไม่ด่วนอธิบายโดย
เอาง่ายเข้าว่า (reluctance to simplify)



Culture

RCA (Root Cause Analysis)

วิเคราะห์ให้เห็นต้นตอของปัญหา

ใช้ Systems Thinking

จาก event -> pattern -> structure ->
mental model

คาดการณ์ (ตื่นรู้ในใจ)



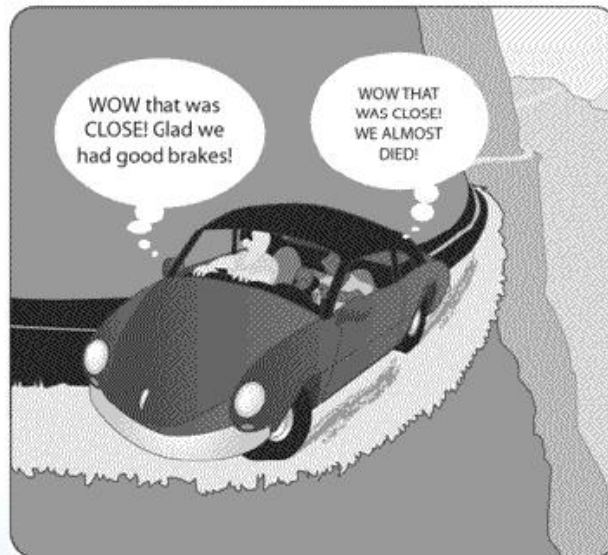
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

Mindset

เหตุร้ายอะไรก็สามารถเกิดขึ้นได้ถ้าไม่
ระมัดระวัง, อะไรที่เคยเกิดก็เอามาเป็นข้อ
เตือนใจ, อะไรที่ไม่เคยเกิดก็ควรจะ
คาดการณ์อย่างรอบคอบ

Mindfulness

ตื่นรู้ในทุกสถานการณ์ว่ามีความเสี่ยงอะไร
ที่สามารถเกิดขึ้นได้
ครุ่นคิด เอา near miss มาเป็นโอกาส
พัฒนา (preoccupation with failure)



Culture

FMEA (Failure Mode & Effect Analysis)

Situation Awareness

งานนี้มีโอกาสเกิดความผิดพลาดอะไรได้บ้าง
รวบรวม near-miss มาใช้ประโยชน์

เตรียมพร้อม (ตื่นรู้ทางกาย)



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

Mindset

ความประมาทนำมาสู่หายนะของทุกฝ่าย

Mindfulness

ชวนขยายเตรียมพร้อมรับมือทุก
สถานการณ์ (resilience)



Culture

Preparedness

ไม่ประมาท มาทำไหนดรับมือได้หมด
พร้อมรับมือกับทุกเหตุการณ์ที่เป็นไปได้
ด้วย คน เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์สถานที่

ตาดู (ตื้นรู้ทางตา)

Mindset

เราควรนำประสบการณ์ของเราเองและของ
คนอื่นมาใช้ประโยชน์ในการตรวจจับหา
ความผิดปกติให้มากที่สุด

Mindfulness

มองหาสิ่งผิดปกติรอบตัว (ต่อมเอ๊ะ)
ไวต่อการรับรู้สถานการณ์รอบด้าน
(Sensitivity to Operation)



Culture

Sensitivity

ใช้ต่อมเอ๊ะให้เป็นประโยชน์

ไวต่อสิ่งผิดปกติรอบตัว

KM เรียนรู้/ถ่ายทอดจากผู้อาวุโส/ผู้มีประสบการณ์

หูฟัง (ตื่นรู้ทางหู)



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

Mindset

ความเห็นของทุกคนมีคุณค่า แม้ว่าจะแตกต่างจากความเห็นของเรา

Mindfulness

รับฟังและรับรู้เสียงของผู้คนรอบตัว
เคารพข้อมูลของผู้รู้ลึกในเรื่องนั้น
(deference to expertise)



Culture

Respect & Listen

ให้เกียรติและรับฟังเสียงของทุกคน
จัดระบบให้ผู้คนทักท้วงกันได้

ฝึก Mindfulness ในงานประจำ



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

	โต๊ะทำงาน	ห้องประชุม	ดูแลผู้ป่วย
ก่อนจะเข้าไป	ทบทวนภารกิจ	ทบทวนเป้าหมาย	ทบทวนปัญหาของผู้ป่วย
เมื่อแรกเข้าไป	นำเอกสารและอุปกรณ์ที่จะใช้ทำงานออกมาเตรียมพร้อมให้สะดวกใช้งาน	กวาดตาดูสิ่งแวดล้อมและผู้คน ช่วยกันจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการประชุม	กวาดตาดูสิ่งแวดล้อม สังเกตสีหน้าและความรู้สึกของผู้ป่วย
ระหว่างอยู่ในที่นั้น	ทำงานอย่างมีสมาธิ	รับฟังอย่างตั้งใจ สังเกตปฏิสัมพันธ์ของผู้คนและกระบวนการกลุ่มที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย	รับฟังข้อมูลรอบด้านอย่างตั้งใจ สังเกตสิ่งที่ผิดปกติหรือสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
เมื่อจะออกจากที่นั้น	ไม่ทิ้งค้างความไม่เป็นระเบียบ เก็บโต๊ะทำงานให้เรียบร้อย พร้อมทั้งจะทำงานอย่างสะดวก	ไม่ทิ้งค้างภาระให้คนอื่น ร่วมกันตรวจสอบความเรียบร้อยของสถานที่ประชุม จัดเก็บสิ่งของและปิดไฟ	ไม่ทิ้งค้างความเสี่ยงไว้ ทบทวนประเด็นความเสี่ยงสิ่งที่ควรสื่อสารกัน สิ่งที่ต้องนำไปปฏิบัติ และสิ่งที่ต้องไปปรับปรุงระบบ

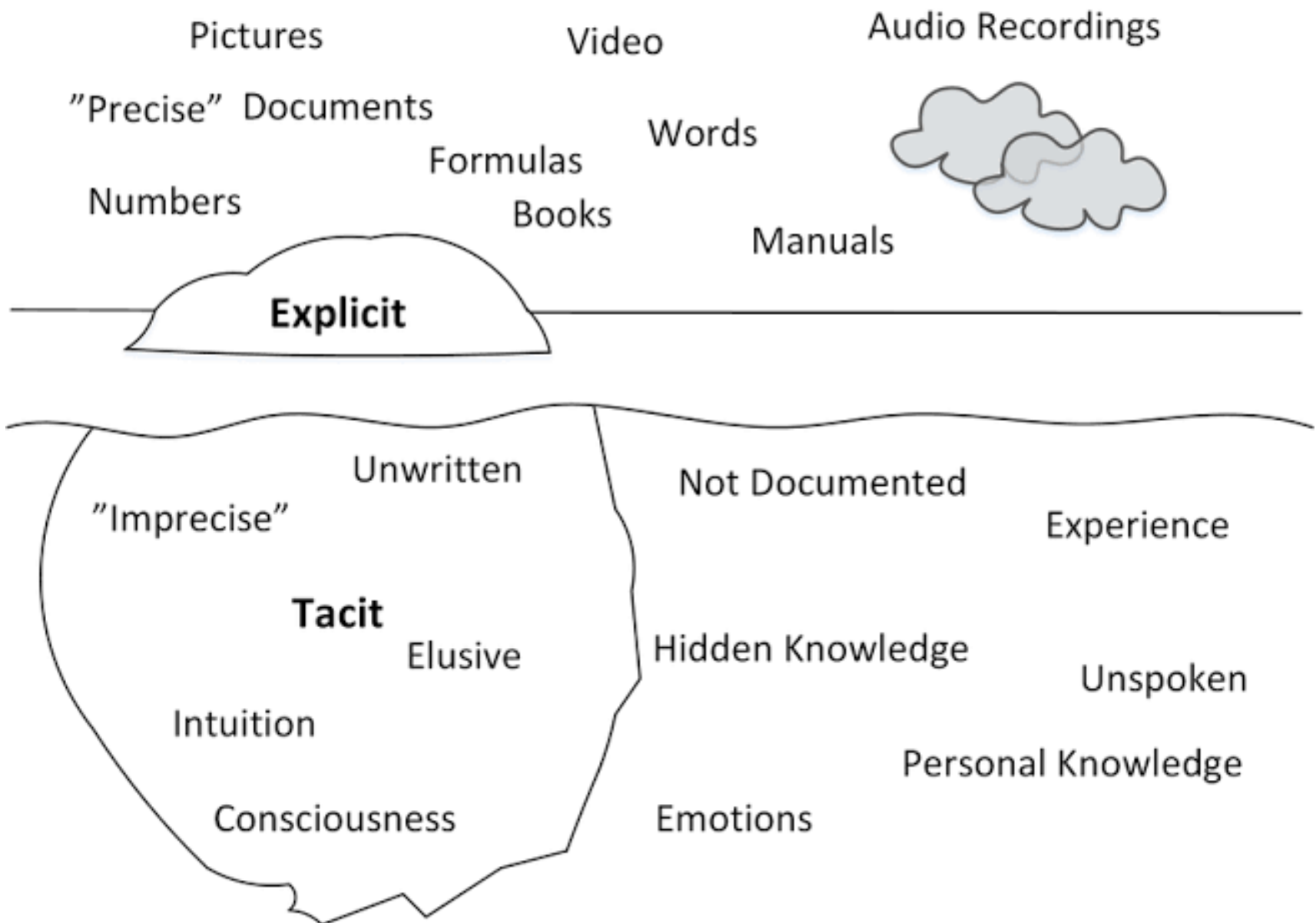
Situation Awareness

- Speak Up for Patient Safety
- Morning Safety Brief
- Kiken Yoshi Technique
- Signs for awareness
- Performance for Awareness
 - Visual statistics
 - Duration of Free from Harm



Training for Complexity to Culture



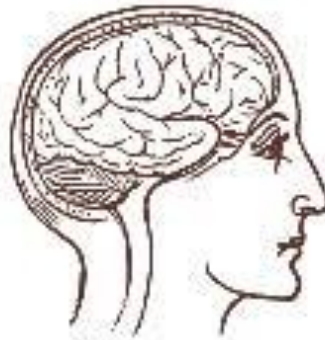


Cognitive

Heart, Head & Hand[®]



Mindset



Mindfulness



Tacit

ออกแบบป้องกันโดยเน้น Strong Action

Weak Action ต้องพึ่งพาความจำของมนุษย์

ประเภท	ตัวอย่าง
Double checks	คนหนึ่งคำนวณขนาดยา อีกคนหนึ่งทบทวน
สัญญาณเตือน	เพิ่มเสียงสัญญาณเตือนหรือฉลากเตือน
คู่มือ	ให้เจ้าหน้าที่จำว่าต้องตรวจสอบ IV site ทุก 2 ชั่วโมง
การฝึกอบรม	สาธิตวิธีการใช้เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ยาก

Strong Action ไม่ต้องพึ่งพาความจำของมนุษย์

ประเภท	ตัวอย่าง
ปรับโครงสร้าง	เปลี่ยนเป็นประตูลื่นไฟฟ้าเพื่อลดการหกหล่นของ ผป.
การควบคุมทางวิศวกรรม	ไม่ใช่ universal adaptors และใช้ tubing/fitting ที่ป้องกันความผิดพลาดในการต่อเชื่อม
ความเรียบง่าย	ขจัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นในกระบวนการทำงาน
มาตรฐาน	ใช้ medication pump ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้ง รพ.
ผู้มีส่วนร่วม	มีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ สนับสนุนกระบวนการ RCA ชื่อเครื่องมือที่จำเป็น ปรับอัตรากำลังและการะงานให้สมดุล

Intermediate Action

ประเภท	ตัวอย่าง
Redundancy	ใช้พยาบาลสองคนคำนวณขนาดยาเสี่ยงสูงโดยอิสระจากกัน
ปรับคนกับงาน	จัดให้มีเจ้าหน้าที่สำรองเพื่อช่วยทำงานในช่วง peak ของงาน
software	ใช้ computer alert เมื่อมี drug-drug interaction
ลดการรบกวน	จัดให้มีห้องที่สงบเงียบสำหรับตั้งโปรแกรมการให้ยา
Simulation-based training	ฝึกอบรมการส่งเวรในห้องปฏิบัติการจำลอง และมีการทำ AAR
Checklist	Pre-induction & pre-incision checklist ในห้องผ่าตัด
ขจัด LASA	ไม่เก็บ LASA drug ไว้ติดกัน
เครื่องมือสื่อสารมาตรฐาน	ใช้ read-back สำหรับ critical lab value ทุกตัว ใช้ read-back หรือ repeat-back สำหรับการสั่งยาด้วยวาจา
เน้นบนเอกสาร	Highlight ชื่อยาและขนาดยาบน IV bags

Weak Action ต้องพึ่งพาความจำของมนุษย์

ประเภท	ตัวอย่าง
Double checks	คนหนึ่งคำนวณขนาดยา อีกคนหนึ่งทบทวน
สัญญาณเตือน	เพิ่มเสียงสัญญาณเตือนหรือฉลากเตือน
คู่มือ	ให้เจ้าหน้าที่จำว่าต้องตรวจสอบ IV site ทุก 2 ชั่วโมง
การฝึกอบรม	สาธิตวิธีการใช้เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ยาก

Strong Action ไม่ต้องพึ่งพาความจำของมนุษย์

ประเภท	ตัวอย่าง
ปรับโครงสร้าง	เปลี่ยนเป็นประตูลื่นไฟฟ้าเพื่อลดการทกถัมของ ผป.
การควบคุมทางวิศวกรรม	ไม่ใช่ universal adaptors และใช้ tubing/fitting ที่ป้องกันความผิดพลาดในการต่อเชื่อม
ความเรียบง่าย	ขจัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นในกระบวนการทำงาน
มาตรฐาน	ใช้ medication pump ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้ง รพ.
ผู้นำมีส่วนร่วม	มีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ สนับสนุนกระบวนการ RCA ชื้อเครื่องมือที่จำเป็น ปรับอัตรากำลังและภาระงานให้สมดุล

Intermediate Action

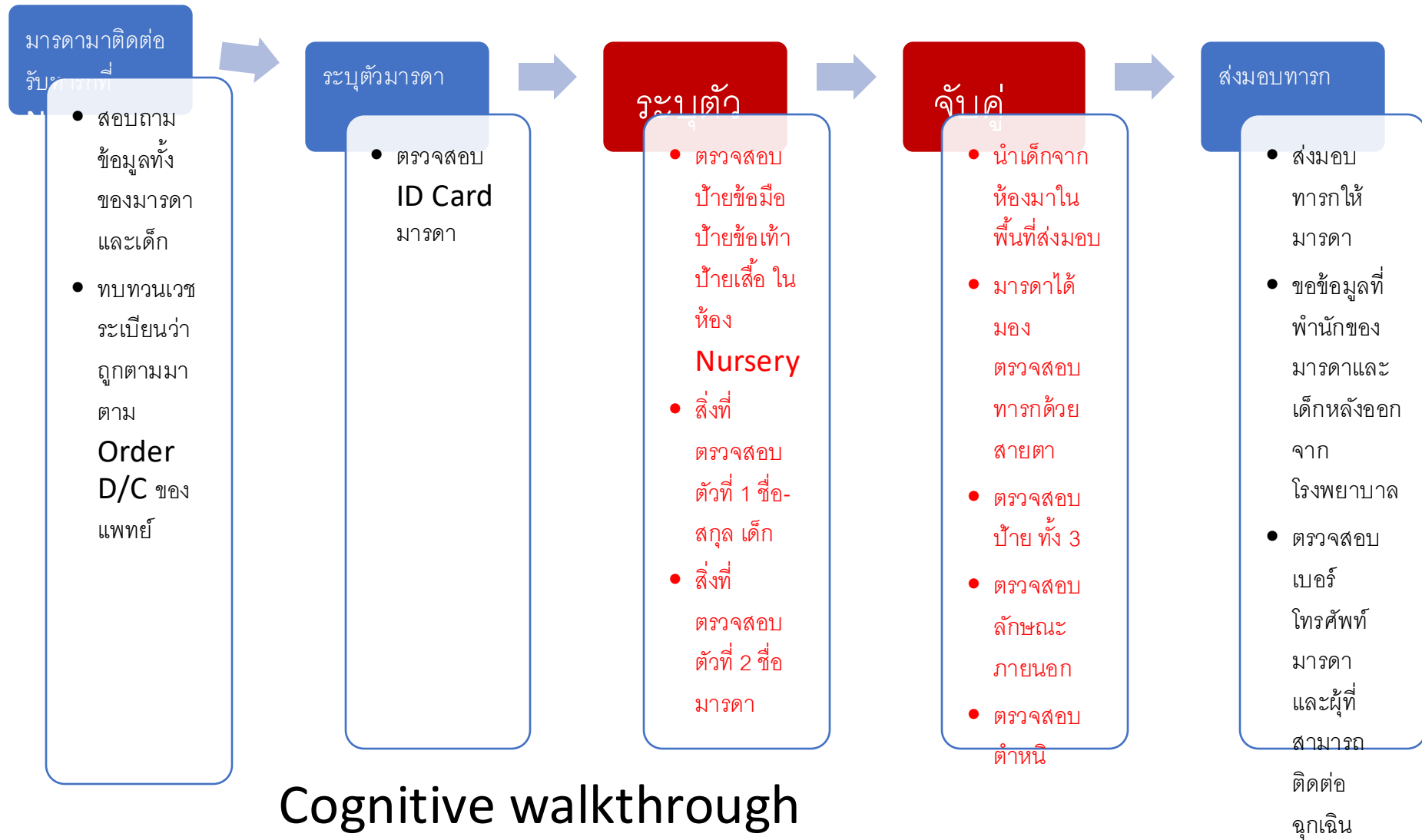
ประเภท	ตัวอย่าง
Redundancy	ใช้พยาบาลสองคนคำนวณขนาดยาเสี่ยงสูงโดยอิสระจากกัน
ปรับคนกับงาน	จัดให้มีเจ้าหน้าที่สำรองเพื่อช่วยทำงานในช่วง peak ของงาน
software	ใช้ computer alert เมื่อมี drug-drug interaction
ลดการรบกวน	จัดให้มีห้องที่สงบเงียบสำหรับตั้งโปรแกรมการให้ยา
Simulation-based training	ฝึกอบรมการส่งเวรในห้องปฏิบัติการจำลอง และมีการทำ AAR
Checklist	Pre-induction & pre-incision checklist ในห้องผ่าตัด
ขจัด LASA	ไม่เก็บ LASA drug ไว้ติดกัน
เครื่องมือสื่อสารมาตรฐาน	ใช้ read-back สำหรับ critical lab value ทุกตัว ใช้ read-back หรือ repeat-back สำหรับการสั่งยาด้วยวาจา
เน้นบนเอกสาร	Highlight ชื่อยาและขนาดยาบน IV bags

	ทีมดำเนินการ	Timeline	Unsafe Act Axis	5 Tier Axis	RCA2
Comprehensive RCA	Unit + System + RM + Lead Team			5 Tier	
Concise RCA	Unit +/- System			3 Tier	
Multi Incident analysis	Unit หรือ System			1 Tier	

Timeline

- **8.30** แพทย์ Order D/C เคสเด็กแรกเกิด 4 วัน on Phototherapy ซึ่งมารดากลับบ้านไปแล้ว
- **8.45** พยาบาลรับ Order ทำการตามมารดาให้มารับเด็กกลับ
- **10.00** มารดาและบิดา มาติดต่อรับเด็กกลับจาก Nursery
- **10.30** ส่งมอบเด็กเรียบร้อย นำเด็กกลับไปอยู่ในอำเภอที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาล 50 km
- **13.00** ตรวจสอบพบว่ามียาเด็กทารกบุตรนาง..... หายไป ไม่สามารถนำส่งบุตรให้กับมารดาที่นอนอยู่ที่ Ward postpartum ได้ ทบทวนพบว่าสลับกับบุตรนาง.... ซึ่งยังอยู่ที่ Nursery
- **13.30** ติดต่อมารดาที่เพิ่งนำบุตรกลับไป พบว่าตัดป้ายต่างๆ ออกหมดแล้ว และให้บุตรกินนมแล้ว 2 ครั้ง เนื่องจากได้ข้อมูลมาว่าตัวเหลืองให้กินนมเยอะๆ ในเบื้องต้นยังไม่ได้แจ้งว่าเด็กผิดคน เพียงแต่ติดต่อขอให้กลับมาพบแพทย์อีกครั้งหนึ่งเพื่อทำการตรวจร่างกายเพิ่มเติม แต่มารดาแจ้งว่าไม่มีรถ และกลัวว่าจะกลับบ้านไม่ได้เพราะรถหมด 16.00 น. จึงติดต่อขอไปเยี่ยมบ้านในวันนี้ มารดาอนุญาต
- **14.00** นำรถโรงพยาบาลตามที่อยู่แจ้ง ระหว่างนี้ให้ อสม. ไปเยี่ยมที่บ้านไว้ก่อน เพื่อลดการกินนม
- **15.00** ถึงบ้าน ขอตรวจสอบเด็ก พบว่าไม่มีป้ายใดๆ และไม่มีป้ายที่บ้าน เนื่องจากทิ้งไว้ที่ รพ. ไม่ทราบถึงขยะ ทำการแจ้งความผิดพลาดที่เกิด เชิญมารดาบิดาญาติขึ้นรถกลับมายังโรงพยาบาล ทำการตรวจสอบการจับคู่กับเด็กทารกที่เป็นลูกจริง ทวนสอบป้ายอย่างครบถ้วน เก็บเลือดมารดา เลือดเด็ก 2 คน ตรวจสอบ Blood group Anti HIV VDRL Heb B Ag Hep C Ag. เลือดบิดาตรวจสอบ Blood group Anti HIV
- เนื่องจาก Blood Group ของเด็กทารกทั้งสองอยู่ในเกณฑ์สามารถจำแนกบุตรได้ จึงไม่ต้องตรวจ DNA
- **18.00** ติดต่อบิดามารดาใน Ward ทำ Family meeting รวม 2 ครอบครัว เพื่อ Disclose Misidentification ผลการดำเนินการเพื่อความปลอดภัย และส่งมอบเด็กทั้งสองคนให้กับมารดาที่ถูกต้อง

Identification เพื่อรับเด็ก



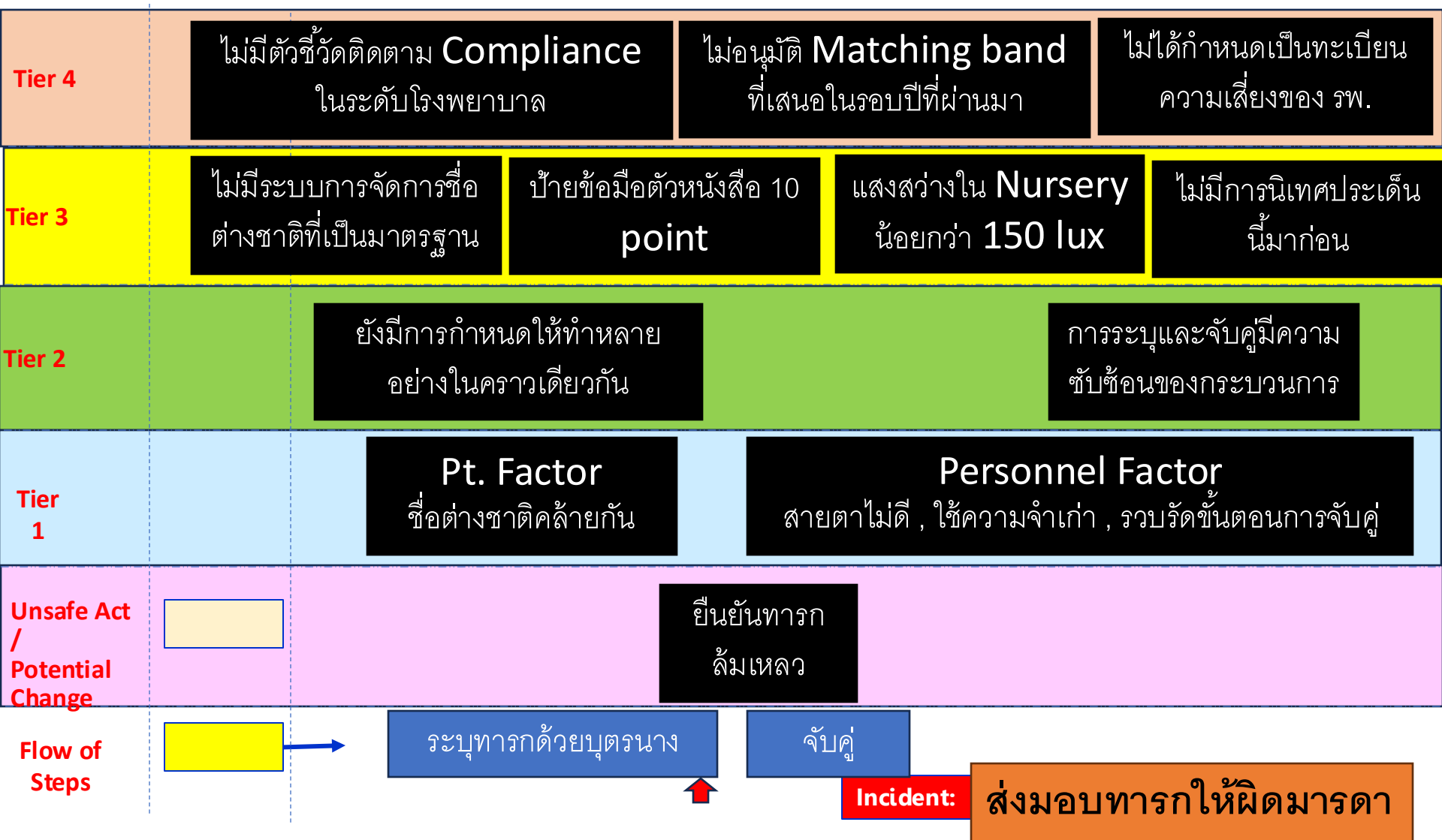
ชื่อมารดาคล้ายกัน

Chuon เขมร

Choum

เขมร

Baby mistaken , Baby Switched , Baby given to wrong mother



Now, Root Cause Analysis is outdated.

มุ่งเน้นการตำหนิปัจเจกบุคคล:

RCA แบบดั้งเดิมมักจะพยายามระบุสาเหตุรากเดียวและตำหนิบุคคลหรือเหตุการณ์เฉพาะ วิธีการนี้อาจสร้างวัฒนธรรมแห่งความกลัวและขัดขวางการสื่อสารอย่างเปิดเผย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อความพยายามในการระบุปัญหาเชิงระบบ และป้องกันข้อผิดพลาดในอนาคต



Now, Root Cause Analysis is outdated.

วิธีการเชิงเส้น:

กระบวนการด้านสุขภาพมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงถึงกัน ทำให้ยากต่อการระบุสาเหตุรากเดียว

RCA แบบดั้งเดิมด้วยวิธีการเชิงเส้นมักไม่สามารถจับเครือข่ายปัจจัยที่ซับซ้อนซึ่งนำไปสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้



Now, Root Cause Analysis is outdated.

ขาดการมุ่งเน้นที่ปัญหาเชิงระบบ:

องค์กรด้านสุขภาพเป็นระบบที่มีพลวัต และข้อผิดพลาดมักเกิดจากช่องโหว่เชิงระบบมากกว่าการกระทำของปัจเจกบุคคล

RCA แบบดั้งเดิมอาจไม่สามารถแก้ไขจุดอ่อนเชิงระบบพื้นฐานได้อย่างเพียงพอ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำๆ



Now, Root Cause Analysis is outdated.

ใช้เวลานานและใช้ทรัพยากรมาก:

การดำเนินการ **RCA** อย่างละเอียดอาจใช้เวลานานและใช้ทรัพยากรมาก ซึ่งต้องใช้ความพยายามอย่างมากจากเจ้าหน้าที่และอาชกรบกนงานสำคัญอื่นๆ



Now, Root Cause Analysis is outdated.

- **What's New**

- RCA Square
- Incident Analysis
- Prevention review
- FMEA review
- Safety Culture Review
- After Action Review
- Automated RCA
- RCA by AI



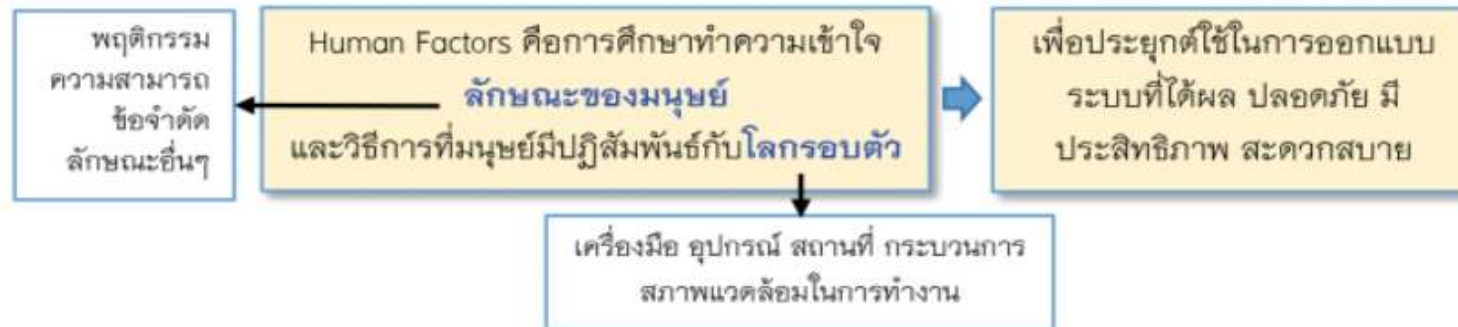


การบริหารความเสี่ยง

ขั้นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



Human Factors



ศักยภาพของสมองมนุษย์

- มีความคิดสร้างสรรค์ มีจินตนาการ ตระหนักรู้
- ยืดหยุ่นในการคิด
- สามารถหาทางลัดในการทำให้บรรลุเป้าหมาย
- สามารถคัดกรองข้อมูล
- สามารถ make sense of things
- รับมือกับความซับซ้อนและความไม่ชัดเจนได้

ข้อจำกัดของมนุษย์

- มีข้อจำกัดใน capacity of working memory
- ถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย จากการถูกรบกวนหรือการขัดจังหวะ
- ความอ่อนล้า ความเครียด มีผลต่อการทำงาน
- การตีความ ทำความเข้าใจ และตอบสนอง อาจผิดพลาดได้

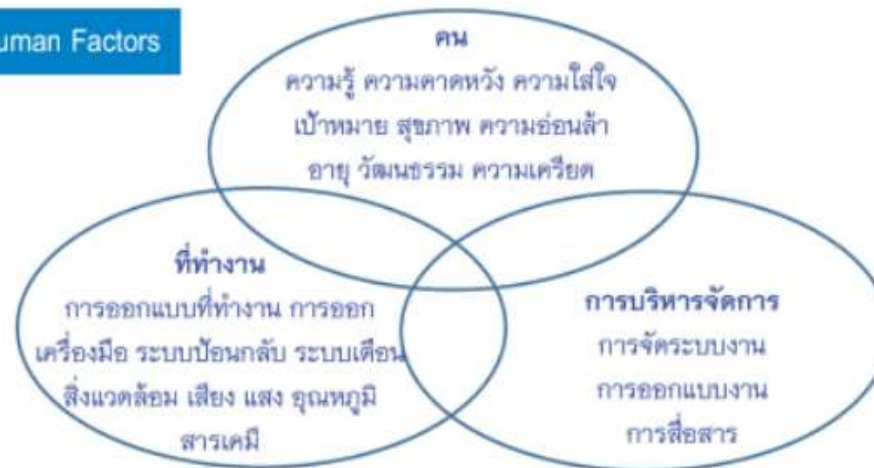
ที่มา: WHO Patient Safety Curriculum Guide 2011

Human Factors

ทำไม Human Factors จึงมีความสำคัญ

- แนวคิดดั้งเดิม "perfectibility" (มนุษย์มีความสามารถที่สมบูรณ์แบบ ถ้าใส่ใจมากพอ ทำงานหนักพอ ใช้การไม่ได้ ได้รับการฝึกอบรมดีพอ จะหลีกเลี่ยงความผิดพลาด) ใช้ไม่ได้ผล
- แนวคิด Human Factors ยอมรับธรรมชาติที่มีอยู่ทั่วไปในเรื่องความผิดพลาดของมนุษย์
- ประเด็น Human Factors เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในบริการสุขภาพ
- การยอมรับว่า human error เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงออกแบบระบบที่จะลดผลกระทบจาก human error

Interaction of Human Factors



ที่มา: WHO Patient Safety Curriculum Guide 2011

การบริหารความเสี่ยง



1

ความเสี่ยง & อุบัติการณ์

2

การบริหารความเสี่ยง

3

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

4

2P Safety และ มาตรฐานสำคัญจำเป็นเพื่อความปลอดภัย

ความเสี่ยง คืออะไร

ความเสี่ยง คือผลของความไม่แน่นอนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์



ความไม่แน่นอน คือภาวะของการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเข้าใจหรือความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ ผลที่ตามมา หรือโอกาสเกิด

คำศัพท์พื้นฐานในการบริหารความเสี่ยง

- ความเสี่ยง (Risk) คือ ความไม่แน่นอนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์
- อุบัติการณ์ (incident) คือ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล และ/หรือ คำร้องเรียน การสูญเสีย ความเสียหาย
- เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (adverse event) คือ อุบัติการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

เทนนิส เหยียบเปลี่ยนลูกกล้วย ที่วางทิ้งไว้ จนพลัดตกบันไดที่หน่วยงาน OPD ขาหัก

อุปกรณ์

ความเสี่ยง

เทนนิส เกือบเหยียบเปลี่ยนลูกกล้วย ที่วางทิ้งไว้ โชคดีที่สังเกตเห็นก่อน

อุปกรณ์

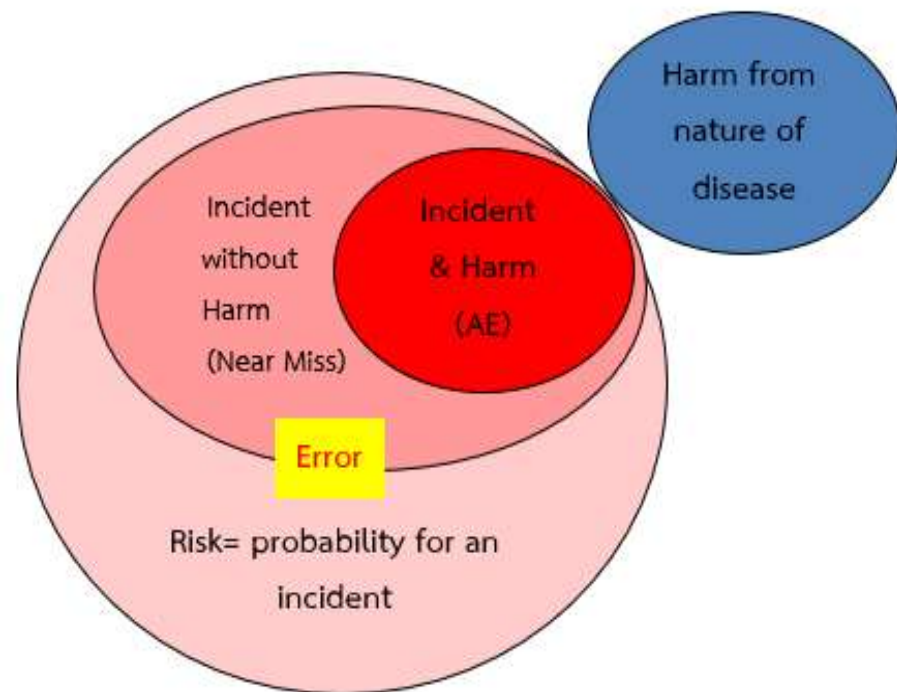
ความเสี่ยง

เทนนิส เหยียบเปลี่ยนกอล์ฟ ที่วางทิ้งไว้
โชคดีที่ จูเนียร์ คว่ำแขนไว้ทัน จึงไม่พลัดตกบันได

อุปกรณ์

ความเสี่ยง

ความเสี่ยงและอุบัติการณ์



- **ความเสี่ยง** คือโอกาสที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย
- **อุบัติการณ์** คือเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิด หรือได้ทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย (ที่ไม่ควรจะเกิดขึ้น)
- **อุบัติการณ์** เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว **ความเสี่ยง** เป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น
- **อุบัติการณ์** ในอดีต อาจเป็น**ความเสี่ยง** ในปัจจุบันและอนาคต
- **อุบัติการณ์** ในอดีต อาจไม่เป็นความเสี่ยงอีกต่อไป หากมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างรัดกุม
- **ความเสี่ยง** มีทั้งอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น และโอกาสเกิดซึ่งยังไม่เคยมีอุบัติการณ์

- **อุบัติเหตุ (incident)** คือ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล และ/หรือ คำร้องเรียน การสูญเสีย ความเสียหาย
- **ความเสี่ยง (Risk)** คือ ความไม่แน่นอนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์

ยกตัวอย่าง ชื่ออุบัติเหตุ (incident) ที่เคยเกิดขึ้นบ่อยครั้งในโรงพยาบาลของท่าน

- หน่วยงาน/ ชื่ออุบัติเหตุ

- **อุบัติเหตุ (incident)** คือ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล และ/หรือ คำร้องเรียน การสูญเสีย ความเสียหาย
- **ความเสี่ยง (Risk)** คือ ความไม่แน่นอนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์

ยกตัวอย่าง ชื่อ **ความเสี่ยงในงานประจำของท่าน** ที่เมื่อเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบสูงให้ได้มากที่สุด

2. การบริหารความเสี่ยง

“การรับรู้ ป้องกัน จำกัดความเสี่ยง อันตรายและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสร้างความตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้อง และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร”



WHAT:

Risk management คือชุดของกิจกรรมและวิธีการที่ใช้ในการชี้หน้าองค์กร และควบคุมความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อความสามารถในการบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กร

WHY:

สถานพยาบาลมีความเสี่ยงจำนวนมาก ทั้งความเสี่ยงทั่วไปและความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย การมีแนวทางที่เป็นระบบในการรับมือกับความเสี่ยงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้องค์กรปฏิบัติหน้าที่ได้ตามเป้าหมาย และเป็นที่น่าไว้วางใจของสังคม

HOW:

- Risk management principles
- Risk management framework
- Risk management processes



Source : ISO 31000 Risk management principles and Guideline

เป้าหมาย ของการบริหารความเสี่ยง

รับรู้

ความเสี่ยง (ก่อนเกิดเหตุ)
อุบัติการณ์ (หลังเกิดเหตุ) : สังเกต จดบันทึก

ป้องกัน

แนวทาง มาตรฐานต่าง ๆ
การออกแบบ : Human Factors Engineering
ความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า : Near miss
Non- technical skill training & design

จัดการ

การวางระบบ
การแก้ปัญหาเฉพาะกรณี
การเรียนรู้สู่การป้องกัน

ตระหนัก

เรียนรู้จากเหตุที่เคยเกิดขึ้น
วัฒนธรรมความปลอดภัย



Risk Management Principles (ISO31000)

- ข้อ 1 RM สร้างและปกป้องคุณค่า (values)
- ข้อ 2 RM เป็นส่วนหนึ่งของทุกกระบวนการขององค์กร (all processes)
- ข้อ 3 RM เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจ (decision making)
- ข้อ 4 RM แสดงออกถึงความไม่แน่นอนให้ชัดเจน (uncertainty)
- ข้อ 5 RM เป็นเรื่องของความเป็นระบบ มีโครงสร้างชัดเจน ทันเวลา (systematic)
- ข้อ 6 RM อยู่บนพื้นฐานของสารสนเทศที่ดีที่สุดที่มีอยู่ (best information)
- ข้อ 7 RM ปรับให้สอดคล้องกับบริบทและ risk profile (context)
- ข้อ 8 RM นำปัจจัยด้านมนุษย์และวัฒนธรรมมาพิจารณา (human and cultural)
- ข้อ 9 RM มีความโปร่งใสและไม่กีดกัน (transparent & inclusive)
- ข้อ 10 RM มีความเป็นพลวัต หมุนซ้ำ และตอบสนองการเปลี่ยนแปลง (dynamic)
- ข้อ 11 RM ช่วยให้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในองค์กร (improvement)

Risk Management Principles (ISO31000)

- RM สร้างและปกป้องคุณค่า (values)
 - การป้องกันหรือลดโอกาสเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยคือการส่งมอบบริการที่มีคุณค่า
- RM เป็นส่วนหนึ่งของทุกกระบวนการขององค์กร (all processes)
 - ทุกกระบวนการมีความเสี่ยงแฝงอยู่ RM จึงควรครอบคลุมทุกกระบวนการขององค์กร ตั้งแต่ระดับกลยุทธ์ถึงระดับปฏิบัติการ
- RM เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจ (decision making)
 - ต้องตัดสินใจว่าจะยอมรับความเสี่ยงหรือไม่ จะรับมือกับความเสี่ยงอย่างไร จะบรรเทาความเสียหายอย่างไร
- RM แสดงออกถึงความไม่แน่นอนให้ชัดเจน (uncertainty)
 - ความเสี่ยงเป็นเรื่องของโอกาสเกิดอุบัติการณ์ ไม่สามารถบอกได้แน่นอนในแต่ละรายว่าจะเกิดหรือไม่ แต่สามารถคาดการณ์ให้ชัดเจนเป็นตัวเลขได้ว่ามีโอกาสเกิดขึ้นเท่าไร

Risk Management Principles (ISO31000)

- RM เป็นเรื่องของความเป็นระบบ มีโครงสร้างชัดเจน ทันท่วงที (systematic)
 - Systematic ในการวิเคราะห์ข้อมูล การวางระบบเพื่อป้องกัน
 - โครงสร้างชัดเจนคือชัดเจนว่าใครจะต้องทำอะไร เมื่อไร เช่น หน้าที่ของ risk owner กับ risk register
 - ทันท่วงที คือทันท่วงทีในการรับรู้ความเสี่ยงและอุบัติการณ์ ทันท่วงทีในการปรับเปลี่ยนมาตรการป้องกัน
- RM อยู่บนพื้นฐานของสารสนเทศที่ดีที่สุดที่มีอยู่ (best information)
 - ใช้ข้อมูลที่ดีที่สุดในการวิเคราะห์ความเสี่ยง ในการเตรียมพร้อมรับมือระหว่างการทำงาน
- RM ปรับให้สอดคล้องกับบริบทและ risk profile (context)
 - ระบบ RM ต้องพิจารณาว่าบริบทองค์กรทำให้เกิดความความเสี่ยงอะไรบ้าง
 - แต่ละความเสี่ยงมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์และรุนแรงเพียงใด

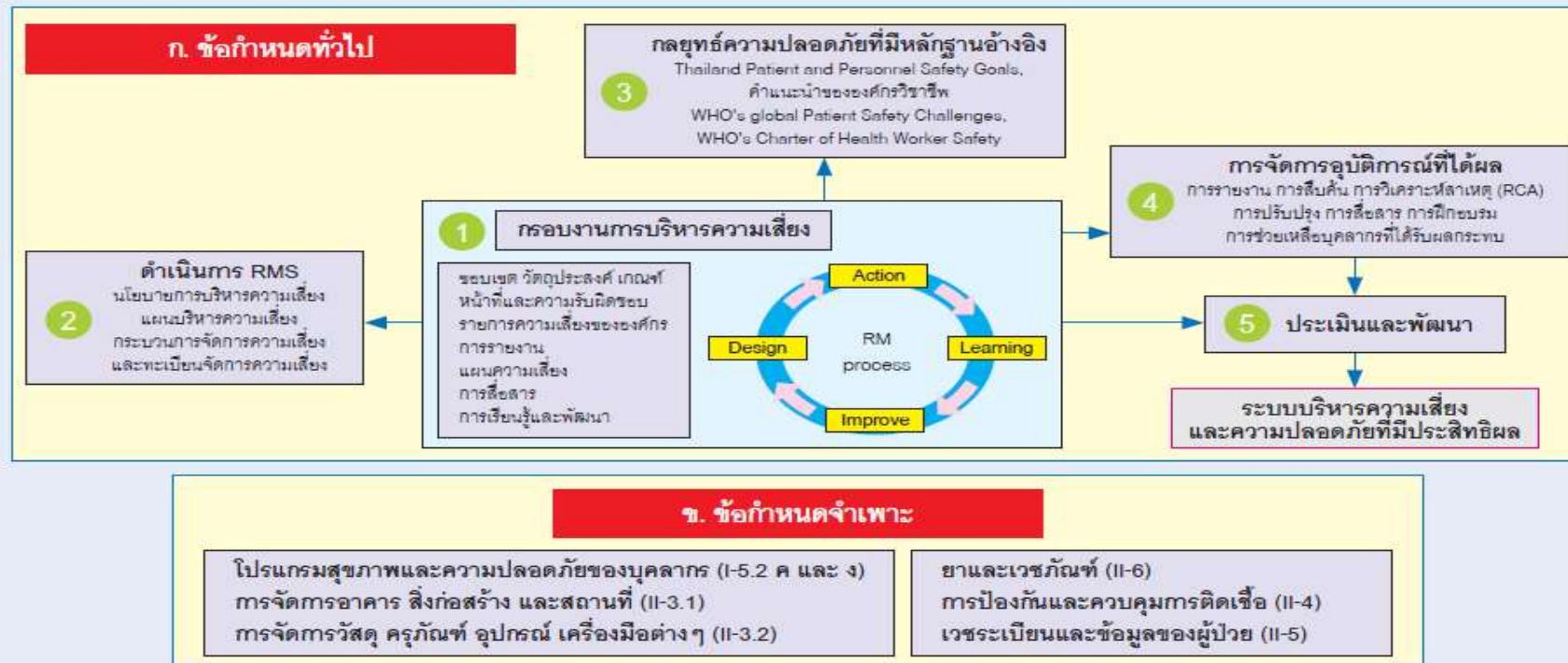
Risk Management Principles (ISO31000)

- RM นำปัจจัยด้านมนุษย์และวัฒนธรรมมาพิจารณา (human and cultural)
 - ปัจจัยมนุษย์ นำมาพิจารณาว่าจะก่อให้เกิดความเสี่ยงอย่างไร และจะออกแบบป้องกันอุบัติการณ์อย่างไร
 - ปัจจัยวัฒนธรรม เป็นส่วนสำคัญในการสร้างองค์กรที่ปลอดภัยยิ่งยวด
- RM มีความโปร่งใสและและไม่กีดกัน (transparent & inclusive)
 - มีความโปร่งใสใจการเปิดเผยข้อมูลเมื่อเกิดเหตุการณ์ เพื่อนำมาสู่การเรียนรู้
 - ทุกคนไม่ถูกกีดกันออกจากกระบวนการเรียนรู้ การระบุความเสี่ยงและแนวทางป้องกัน
- RM มีความเป็นพลวัต หมุนซ้ำ และตอบสนองการเปลี่ยนแปลง (dynamic)
 - มีการ update บัญชีรายการความเสี่ยงเมื่อจำเป็น
 - Risk register กำหนดให้มีวงรอบของการทบทวนที่ชัดเจน
- RM ช่วยให้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในองค์กร (improvement)
 - การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ นำมาสู่การปรับปรุงเพื่อป้องกัน
 - แม้ไม่เกิดอุบัติการณ์ ก็คิดถึงแผนการพัฒนามาตรการป้องกัน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน.

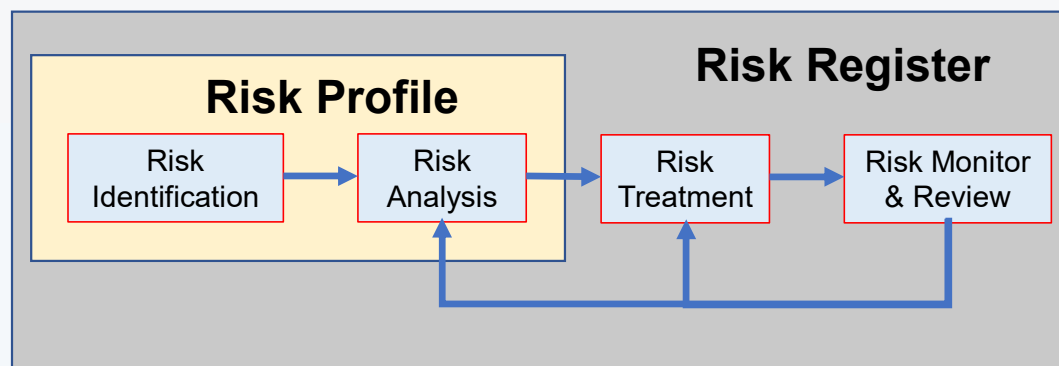


กระบวนการ บริหารความเสี่ยง



Risk Register เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ทำให้เป็นกระบวนการที่มีชีวิตเป็นพลวัต มีการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

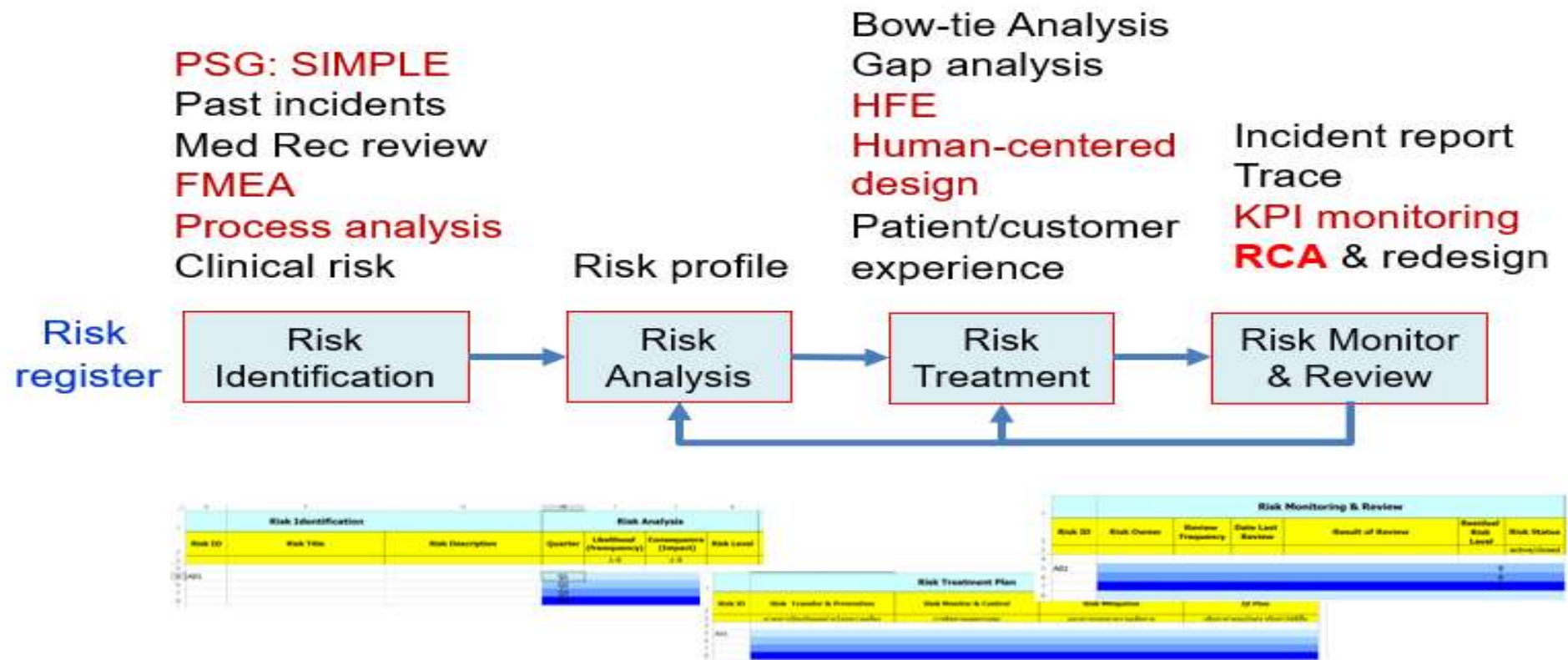
Impact	5. Extreme					
	4. Very High					
	3. Medium					
	2. Low					
	1. Negligible					
		1. Rare	2. Unlikely	3. Moderate	4. Likely	5. Almost Certain
		Likelihood				



Risk Profile เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสี่ง
วิเคราะห์สิ่งคุกคามที่องค์กรเผชิญ
อาจนำเสนอในรูป risk matrix หรือ risk rating table

Proactive Risk Management

โดยใช้ Risk Register ร่วมกับเครื่องมือคุณภาพต่าง ๆ



การค้นหาความเสี่ยง

การค้นหาเชิงรุก

- การตรวจสอบ เช่น ENV, IC, RM Round
- การค้นหาจากกระบวนการหลักในการทำงาน
- การทำกิจกรรมทบทวนจากเหตุการณ์สำคัญ และอุบัติการณ์ต่างๆ

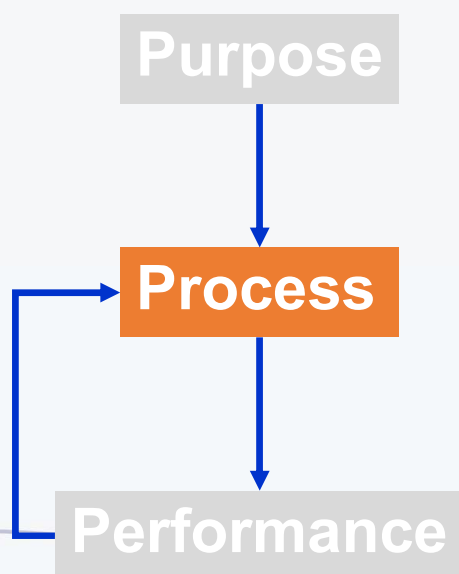
การค้นหาแบบตั้งรับ

- รายงานต่างๆ เช่น รายงานอุบัติการณ์ (Incident Report) รายงานผลการตรวจสอบ รายงานของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย



การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากกระบวนการหลัก

ตัวอย่าง หน่วยรักษาความปลอดภัย

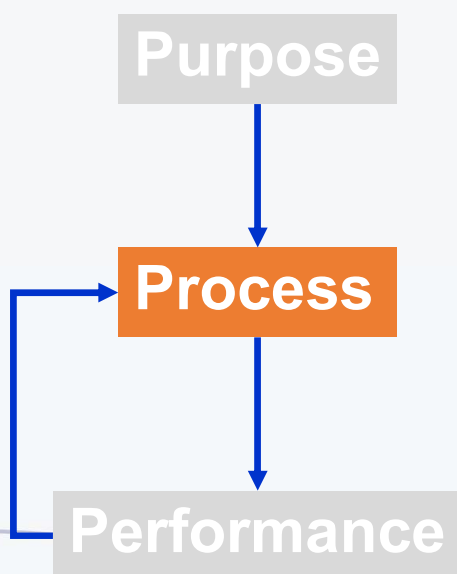


กระบวนการหลัก	เป้าหมาย	ความเสี่ยง
การจัดการจราจร	อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่	อุบัติเหตุรถชน/รถเฉี่ยว/การ เข้ารับบริการล่าช้า
การรักษาความปลอดภัย	ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่ ทรัพย์สินต่าง ๆ มีความ ปลอดภัย	ผู้ป่วยถูกทำร้าย/เจ้าหน้าที่ ถูกทำร้าย/ทรัพย์สิน(ผู้ป่วย/ ญาติ/ผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่ สินสูญหาย/เด็กสูญหาย

กระบวนการสำคัญของหน่วยงานมีอะไรบ้าง
แต่ละกระบวนการมีเป้าหมายอะไร มีความเสี่ยงอะไร

กิจกรรมกลุ่ม การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากกระบวนการหลัก (15 นาที)

ชื่อหน่วยงาน



กระบวนการหลัก	เป้าหมาย	ความเสี่ยง

กระบวนการสำคัญของหน่วยงานมีอะไรบ้าง
แต่ละกระบวนการมีเป้าหมายอะไร มีความเสี่ยงอะไร

การระบุความเสี่ยง (Risk Identification)

Corporate Risk

- ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์/ธุรกิจ
- ความเสี่ยงด้านกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ
- ความเสี่ยงด้านทรัพยากรบุคคล
- ความเสี่ยงด้านการเงิน
- ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม
- ความเสี่ยงด้านสารสนเทศ



Operational Risk

- Clinical risk
- Non-clinical risk

การระบุความเสี่ยงทางคลินิก

- รายงานอุบัติการณ์
- การทบทวนคุณภาพ
- การทบทวนเวชระเบียน
โดยใช้ trigger tools



- การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย
- การวิเคราะห์โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในแต่ละโรค
- การตามรอยการดูแลผู้ป่วย

- บทเรียนจาก รพ.อื่น
- Patient Safety Goals (SIMPLE)

การบูรณาการ 2P Safety กับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA



มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	
มาตรฐานสำคัญจำเป็น	รายละเอียดการดำเนินงาน
1. การฆ่าตัวคิดคน ผิดซ้ำ ผิดซ้ำ ผิดซ้ำ 2. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS 3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน 4. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event 5. การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด 6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด 7. ความปลอดภัยในการวินิจฉัยโรค 8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา 9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคัดลอก	1. สถานพยาบาลต้องดำเนินการตั้งต่อไป 2. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันความปลอดภัยต่อผู้ป่วยในระดับที่กำหนด 3. สถานพยาบาลต้องแสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในระดับที่กำหนด 4. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ 5. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เกี่ยวข้อง

2P Safety Goals

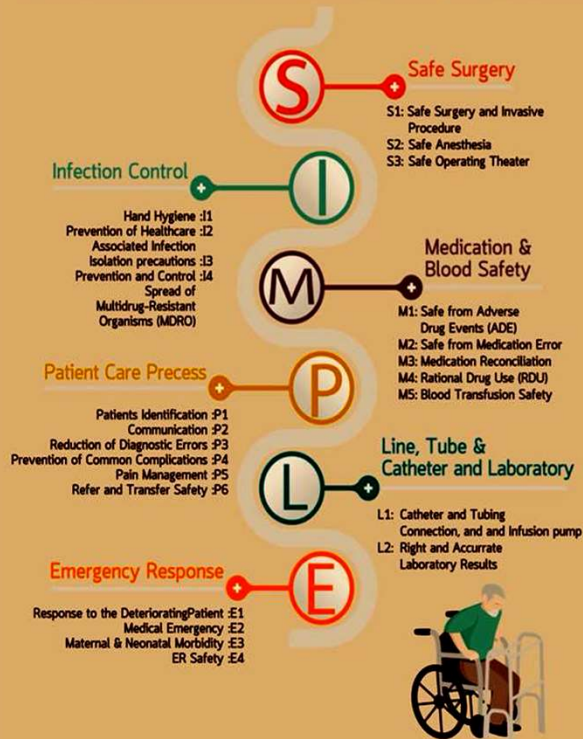
HA II-1.2 Risk Management

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

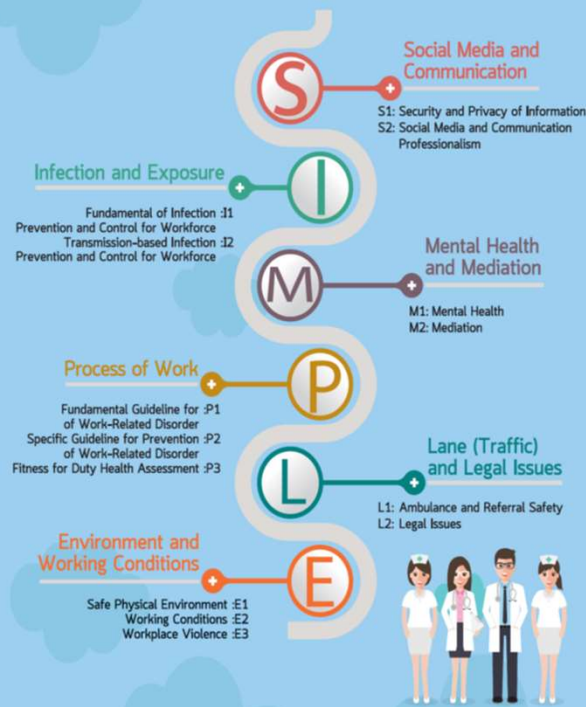
มาตรฐานสำคัญจำเป็น
ต่อความปลอดภัย



Thailand Patient Safety Goals



Thailand Personnel Safety Goals



องค์ประกอบใน SIMPLE

- **Definition** : นิยามของแนวทางปฏิบัตินั้นหรือ คำสำคัญที่ควรเข้าใจ
- **Goal** : เป้าหมาย เช่น มีการล้างมืออย่างถูกต้อง
- **Why** : ทำไมต้องใช้ (ระบุความสำคัญ ผลกระทบที่เกิดขึ้นหากปฏิบัติไม่เหมาะสม)
- **Process** : ขั้นตอน วิธีการ แนวปฏิบัติที่มีความสำคัญ
- **Training** : ระบุการฝึกอบรมเท่าที่มีความจำเป็น
- **Monitoring** : การติดตาม ประเมินผล เช่น ตัวชี้วัด อุตบัติการณ์
- **Pitfall** : ข้อที่ควรระวัง ข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น
- **มาตรฐาน HA** : มาตรฐาน HA ที่เกี่ยวข้อง
- **Reference** : เอกสารที่ใช้ในการอ้างอิง

P 1: Patient Identification

Definition

การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยหมายถึงแนวทางการระบุตัวผู้ป่วย ให้สามารถแยกแยะผู้ป่วยแต่ละคนได้ชัดเจน ทำให้การดูแลรักษาไม่ผิดพลาด

Goal

เพื่อให้การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยเป็นไปทิศทางเดียวกันและป้องกันการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิด

Why

การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิด เกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของการตรวจรักษาและกระบวนการดูแล ปัจจัยด้านผู้ป่วยเช่นผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว การสูญเสียการรับรู้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแล เช่นการย้ายผู้ป่วยในโรงพยาบาล ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดความเสี่ยงในการบ่งชี้ตัวผิด และนำมาซึ่งความเสียหายและอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย โดย WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions ได้จัดทำแนวทาง Patient Identification เพื่อสื่อสารประเทศสมาชิกทั่วโลกเห็นความสำคัญในการปฏิบัติร่วมกัน

โรงพยาบาลของเรามีแนวปฏิบัติแล้วหรือยัง? แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลเราเกิดขึ้นได้อย่างไร?

Process

- องค์การควรวางแผนทางปฏิบัติหรือกำหนดเป็นนโยบาย เรื่องการระบุตัวผู้ป่วย ให้ชัดเจนถูกต้อง โดยจัดเป็นประเด็นสำคัญเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกคนที่จะต้องตรวจสอบและระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อนให้การรักษา เช่น การทำหัตถการ การให้เลือด การให้ยา ก่อนการส่งต่อ การเปลี่ยนผ่าน การรายงาน และการให้ข้อมูล รวมถึงก่อนการตรวจสอบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสิ่งส่งตรวจต่างๆ
- กำหนดให้มีการใช้ตัวบ่งชี้ตัวผู้ป่วยด้วย 2 ตัวบ่งชี้เป็นอย่างน้อย เช่น ชื่อ นามสกุล hospital number วันเดือนปีเกิด barcode wrist banded เลขบัตรประจำตัวประชาชน หรืออื่นๆ เพื่อยืนยันตัวบุคคลเมื่อแรกรับหรือเมื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น และก่อนให้การดูแล โดยไม่ควรใช้หมายเลขเตียงหรือห้องเป็นตัวบ่งชี้

- ควรกำหนดให้วิธีการบ่งชี้ผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร เช่น ใช้ป้ายข้อมือสีขาวยังมีรูปแบบมาตรฐานที่สามารถเขียนข้อมูลเฉพาะลงไปได้ หรือ หากจะมีการบ่งชี้ที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ควรมีการสื่อสารให้เข้าใจวัตถุประสงค์และวิธีการกับคนทั้งองค์กรให้เข้าใจตรงกัน เช่น การใช้ 2 ตัวบ่งชี้อาจแตกต่างกันในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เช่นผู้ป่วยในอาจเลือกใช้ ชื่อ นามสกุล กับ admission number ส่วนผู้ป่วยนอกใช้ ชื่อ นามสกุลและ hospital number หรือ รูปภาพ
- จัดให้มีวิธีปฏิบัติเฉพาะที่ชัดเจนในการบ่งชี้ผู้ป่วยซึ่งไม่มีตัวบ่งชี้เฉพาะ เพื่อแยกแยะผู้ป่วยที่มีชื่อซ้ำกัน รวมถึงแนวทางการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยในกรณีที่ไม่รู้สีกตัวหรือสับสนที่ไม่ใช้วิธีการซักถาม รวมถึงการบ่งชี้เด็กแรกคลอดที่ผู้ปกครองยังไม่ได้ตั้งชื่อ เพื่อลดความผิดพลาดในการบ่งชี้
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย
- ส่งเสริมให้มีการเขียนฉลากที่ภาษาสำหรับใส่เลือดและสิ่งตรวจอื่นๆต่อหน้าผู้ป่วย
- จัดให้มีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการสอบถามเมื่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจอื่นๆ ไม่สอดคล้องกับประวัติหรือสถานะทางคลินิกของผู้ป่วย
- จัดให้มีการตรวจสอบซ้ำและทบทวนเพื่อป้องกันการบันทึกข้อมูลซ้ำอัตโนมัติโดยเครื่องคอมพิวเตอร์

Training

- สร้างความตระหนักถึงความรับผิดชอบของผู้ให้บริการในการตรวจสอบ การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยว่าถูกต้องกับบุคคลที่จะให้การดูแลตามแผน ก่อนที่จะให้การดูแล ให้ข้อมูลและสื่อสารแนวทางปฏิบัติขององค์กรให้เข้าใจตรงกัน
- ส่งเสริมการให้ความรู้และแนวทางในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยกับผู้ป่วยและญาติเพื่อเข้าใจและมีส่วนร่วมในการระบุตัวตามแนวทางที่กำหนด
- ส่งเสริมให้มีการรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และหาแนวทางในการป้องกันไม่ให้เกิดกับผู้ป่วยรายอื่น

Monitoring

- การปฏิบัติตามขั้นตอนการบ่งชี้ตัวตามที่กำหนดไว้ในนโยบาย
- อุตการณ์การเกิดการระบุตัวผิดพลาด misidentification

ระดับความรุนแรงทางคลินิก

ระดับ	ผลกระทบ	การจัด กลุ่ม
A	ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่มีโอกาสทำให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้	Near miss
B	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย	
C	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย	Low Risk
D	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้มีการเฝ้าระวัง เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย	
E	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องรับการรักษาเพิ่มขึ้น	Moderate
F	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	Risk
G	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้เกิดความพิการอย่างถาวร	High Risk
H	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ	
I	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้เสียชีวิต	

การประเมินความเสี่ยง

เพื่อสามารถบอกระดับความรุนแรงของผลกระทบที่ตามมา รวมทั้งสามารถอธิบายหรือคาดการณ์ความรุนแรงของความเสี่ยงได้

แนวทางการประเมินระดับความเสี่ยง

พิจารณาจาก : โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความสูญเสีย

- มีความถี่บ่อยมากน้อยแค่ไหน และมีระดับความรุนแรงมากน้อยเพียงใด
- ก่อให้เกิดความสูญเสียหรือมีผลกระทบอย่างไร
- มีผลต่อองค์กรอย่างไร

		Consequence				
		Negligible 1	Minor 2	Moderate 3	Major 4	Catastrophic 5
Likelihood	5 Almost certain	Moderate 5	High 10	Extreme 15	Extreme 20	Extreme 25
	4 Likely	Moderate 4	High 8	High 12	Extreme 16	Extreme 20
	3 Possible	Low 3	Moderate 6	High 9	High 12	Extreme 15
	2 Unlikely	Low 2	Moderate 4	Moderate 6	High 8	High 10
	1 Rare	Low 1	Low 2	Low 3	Moderate 4	Moderate 5

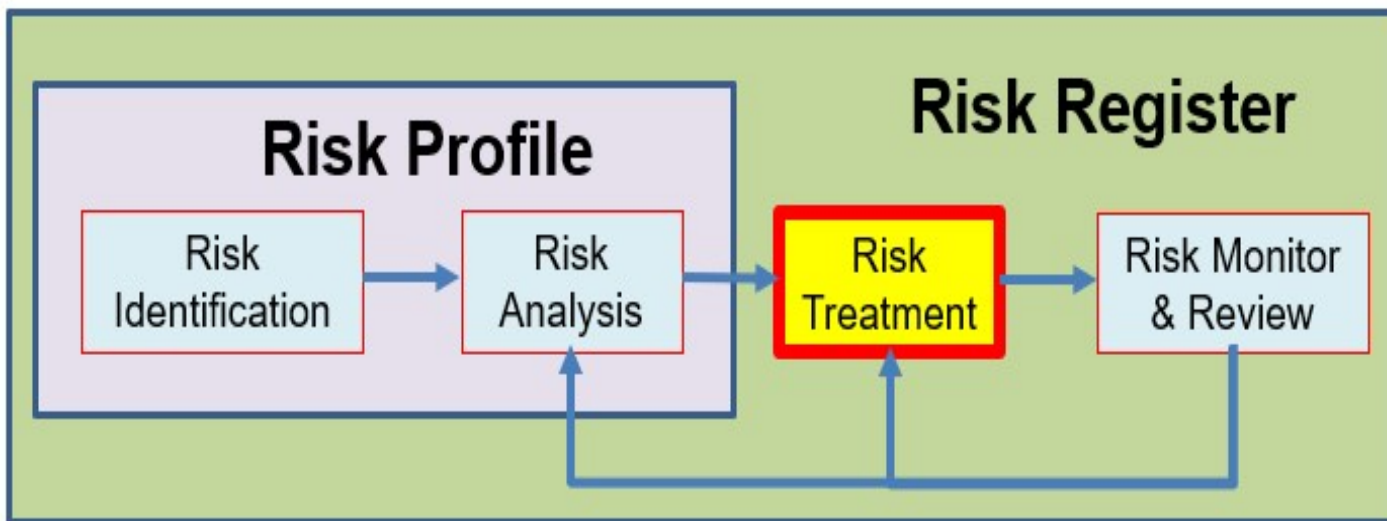
การจัดการตามระดับความเสี่ยง (risk level)

- **ระดับความเสี่ยงต่ำ** เขียนคู่มือปฏิบัติงานเพื่อป้องกันความเสี่ยงโดยใช้วิธีการที่คาดว่าจะได้ผลที่สุด
- **ระดับความเสี่ยงปานกลาง** ให้คิดหาวิธีการป้องกันที่ใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อให้ยากต่อการกระทำที่ผิดพลาด
- **ระดับความเสี่ยงสูง** ให้วิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบที่น่าจะมีส่วนต่อการเกิดเหตุการณ์และคิดกิจกรรมป้องกันหรือเตรียมความพร้อมที่ เหมาะสม

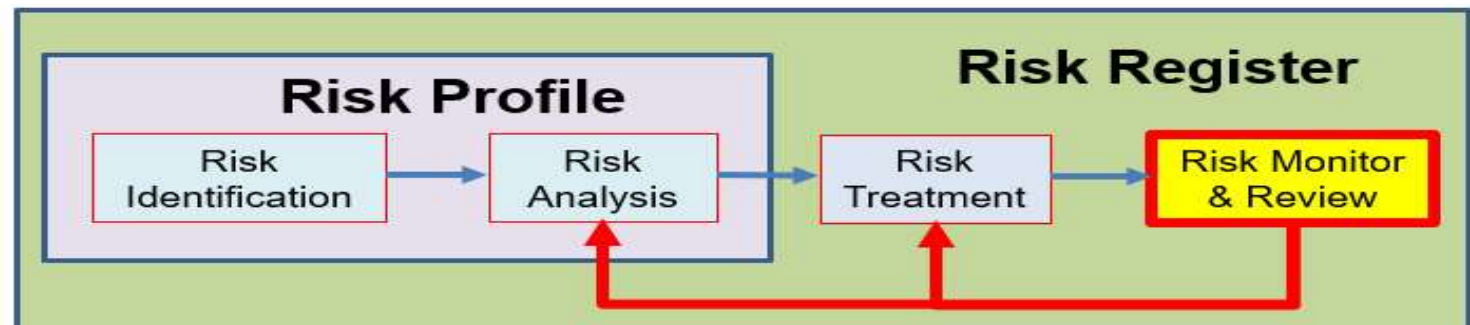
		Consequence				
		Negligible 1	Minor 2	Moderate 3	Major 4	Catastrophic 5
Likelihood	5 Almost certain	Moderate 5	High 10	Extreme 15	Extreme 20	Extreme 25
	4 Likely	Moderate 4	High 8	High 12	Extreme 16	Extreme 20
	3 Possible	Low 3	Moderate 6	High 9	High 12	Extreme 15
	2 Unlikely	Low 2	Moderate 4	Moderate 6	High 8	High 10
	1 Rare	Low 1	Low 2	Low 3	Moderate 4	Moderate 5

การรับมือ/ปฏิบัติต่อความเสี่ยง (Risk Treatment)

เป็นกระบวนการในการลดความรุนแรงของความเสี่ยง (risk modification process)
ประกอบด้วยการเลือกทางเลือกและการนำทางเลือกไปปฏิบัติ



การติดตามและทบทวนความเสี่ยง (Risk Monitoring & Review)



การติดตามความเสี่ยง (Risk Monitoring)

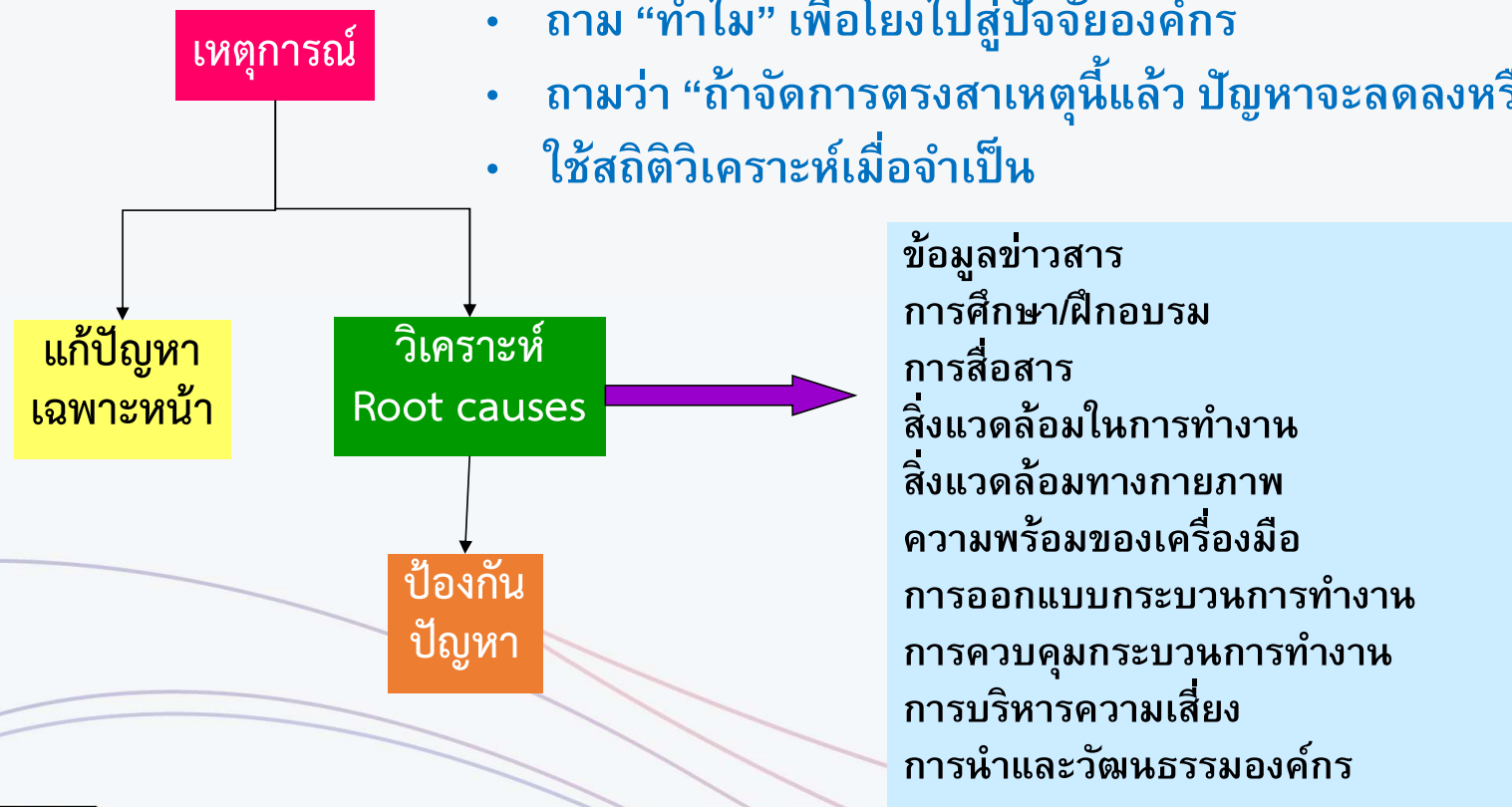
- คือการกำกับดูแล ตรวจสอบและสังเกตอย่างต่อเนื่องในสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น เพื่อประเมินว่าจะบรรลุสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่

การทบทวนความเสี่ยง (Risk Review)

- คือการพิจารณาว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเหมาะสม เพียงพอ และได้ผลในการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่

การวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง

- วิเคราะห์จากเหตุการณ์จริง เข้าไปดูในสถานที่จริงคุยกับผู้คนที่เกี่ยวข้อง
- ถาม “ทำไม” เพื่อโยงไปสู่ปัจจัยองค์กร
- ถามว่า “ถ้าจัดการตรงสาเหตุนี้แล้ว ปัญหาจะลดลงหรือหมดไปหรือไม่”
- ใช้สถิติวิเคราะห์เมื่อจำเป็น



มาตรฐานสำคัญจำเป็น จุดเน้นเพื่อความปลอดภัย



“มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย” หมายความว่า มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดโดยคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาและอนุมัติการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กรในขั้นที่สามและขั้นก้าวหน้า



มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย		
มาตรฐานสำคัญจำเป็น	รายละเอียดการดำเนินงาน	
1. การฆ่าตัวคิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดทิศทาง	1. สถานพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้	SIMPLE Guideline Incidence report ใน NRLS Learning system ใน NRLS RM plan and Risk register
2. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS	2. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันความปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด	
3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	3. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด	
4. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event	3. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ	
5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เกี่ยวข้อง	
6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด		
7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค		
8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน		
9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน		

2P Safety Goals

HA II-1.2 Risk Management

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5





ระเบียบคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้อ ๑๔ ให้ผู้อำนวยการโดยคำแนะนำหรือความเห็นของคณะกรรมการ มีอำนาจพิจารณาและอนุมัติ การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กรในขั้นที่สามและขั้นก้าวหน้า ตามหลักเกณฑ์ดังนี้

(๑) ขั้นที่สาม สถานพยาบาลที่จะผ่านการรับรองคุณภาพ ต้องได้คะแนนประเมินจากการเยี่ยม สำรวจในแต่ละบของมาตรฐาน ตอนที่ I-IV ไม่น้อยกว่า ๒.๕๐ จากคะแนนเต็ม ๕.๐๐ และปฏิบัติตาม มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่คณะกรรมการกำหนดทุกข้อ

(๒) ขั้นก้าวหน้า สถานพยาบาลที่จะผ่านการรับรองคุณภาพ ต้องได้คะแนนประเมินในแต่ละ บของมาตรฐาน ตอนที่ I-III ไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ ยกเว้นในบท II-๘ และ II-๙ ต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่า ๒.๕๐ ตอน ที่ IV มีค่าเฉลี่ยมากกว่า ๓.๐๐ และปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่คณะกรรมการกำหนด ทุกข้อ ทั้งนี้ เมื่อรวมผลคะแนนแล้ว สถานพยาบาลต้องได้ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมไม่น้อยกว่า ๓.๐๐

ในกรณีที่สถานพยาบาลขอรับการประเมินขั้นก้าวหน้า แต่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า ๓.๐๐ แต่ไม่น้อยกว่า ๒.๕๐ และคณะกรรมการมีความเห็นว่าสถานพยาบาลแห่งนั้นควรได้รับการรับรองคุณภาพในขั้นที่สาม ให้ ผู้อำนวยการมีอำนาจพิจารณาอนุมัติได้



ข้อ ๓ มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย มีรายละเอียด ดังนี้

- (๑) การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
- (๒) การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม
 - Surgical Site Infection (SSI)
 - Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)
 - Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)
 - Central-Line Associated Bloodstream Infections. (CLABSI)
- (๓) บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
- (๔) การเกิด medication error และ adverse drug event
- (๕) การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
- (๖) การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
- (๗) ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค
- (๘) การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน
- (๙) การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

WHY :

เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความมั่นใจในระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพความปลอดภัยในประเด็นที่สำคัญ โดยสถานพยาบาลต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมตามที่กำหนด

WHAT :

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดโดยคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาและอนุมัติการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กรในชั้นมาตรฐานและชั้นก้าวหน้า

HOW :

- สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด
- สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด
- กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบถึงตัวผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุราก
- จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมสำรวจ

มาจากมาตรฐาน HA และ 2P Safety Goals



มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

S: การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ

I: การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรใน
กลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS

I: บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งตรงกับมาตรฐาน
Personnel Safety

M: การเกิด medication error และ adverse drug event

M: การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

P: การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด

P: ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค

L: การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา
คลาดเคลื่อน

E: การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

มาตรฐาน III-4.3 การดูแลเฉพาะ ข.การผ่าตัด (4)

มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อใน
กลุ่มเฉพาะ (1)

มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อใน
กลุ่มเฉพาะ (3)

มาตรฐาน II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน ก.การกำกับดูแลการ
จัดการด้านยา (3)

มาตรฐาน II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต

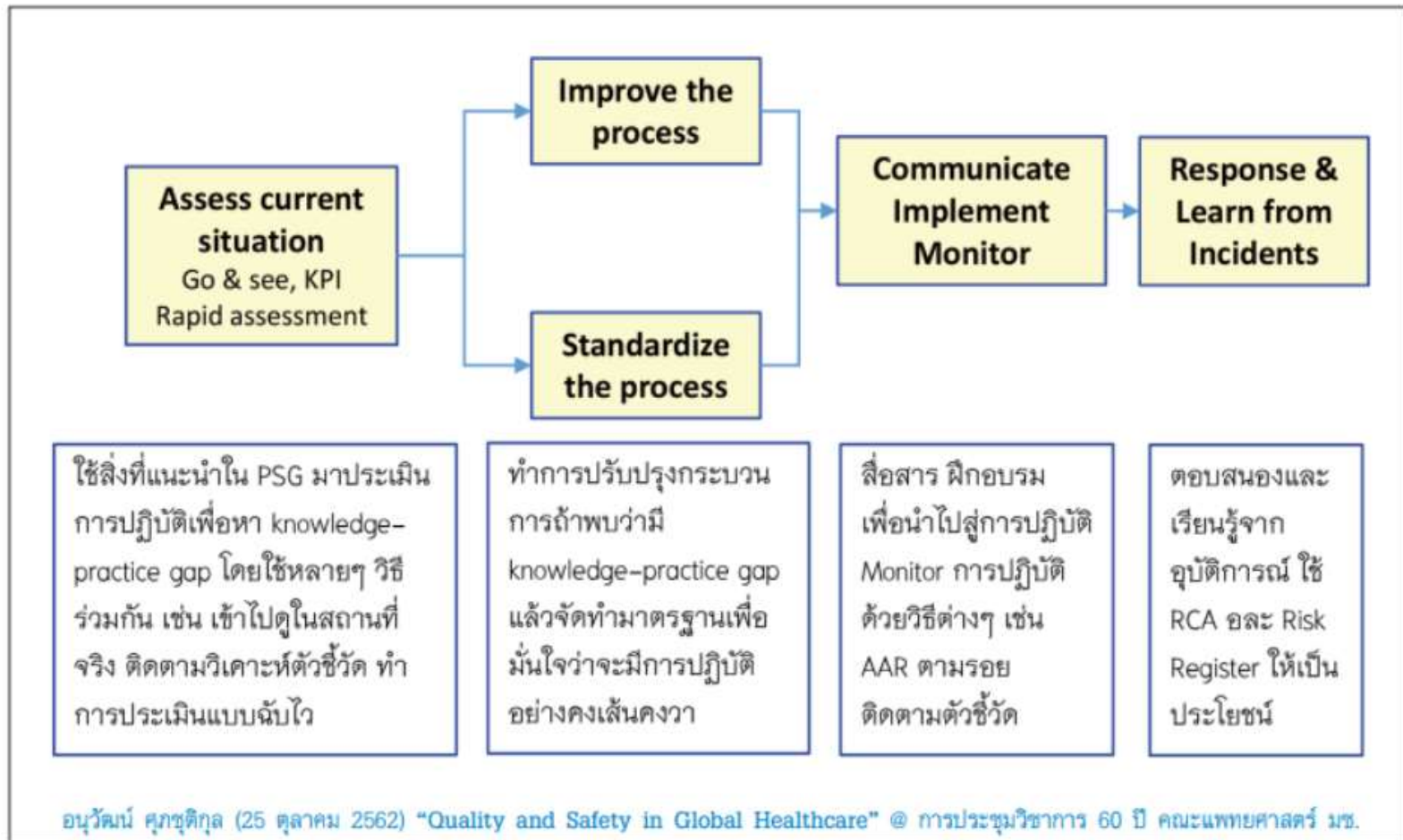
มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (8)

มาตรฐาน III-2 การประเมินผู้ป่วย ค.การวินิจฉัยโรค (4)

มาตรฐาน II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ข.การ
ให้บริการ (3) II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค และ II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ

มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงบริการ (3)

PSG Implementation

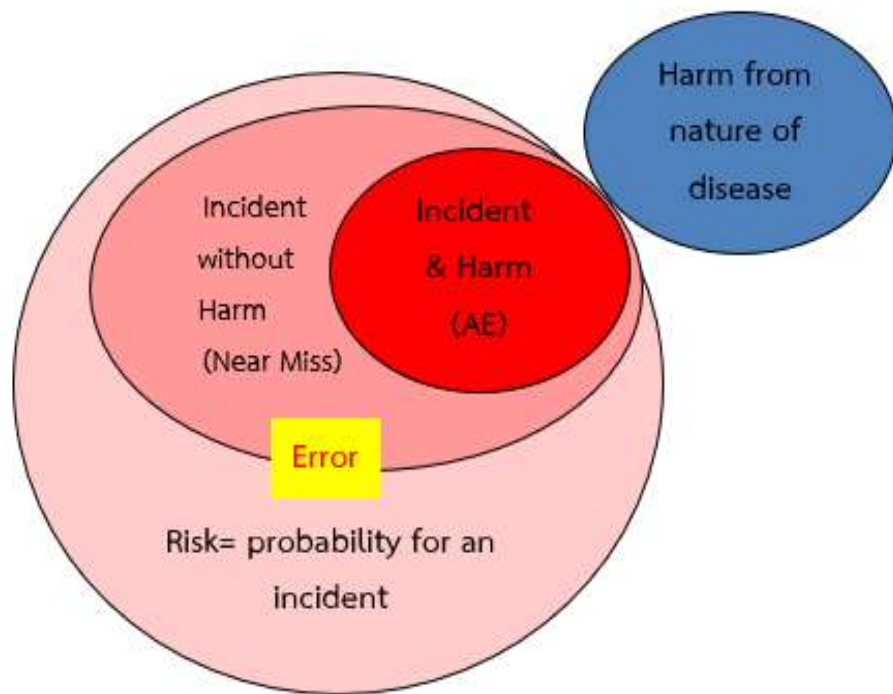


มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย



มาตรฐานสำคัญจำเป็น	รายละเอียดการดำเนินงาน	คำถามทบทวนตนเอง/กันเอง
1. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ 2. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS 3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ 4. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event 5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด 6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด 7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค 8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน 9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	1. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด 2. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด 3. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ 4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เกี่ยวข้อง	1. รพ. มีแนวปฏิบัติแล้วหรือยัง? เกิดขึ้นได้อย่างไร? ทีมใช้แนวปฏิบัตินี้หรือไม่? ทบทวนแนวปฏิบัติครั้งสุดท้ายเมื่อไร? 2. รพ.วางระบบรายงานอุบัติการณ์เรื่องนี้หรือยัง? เรากำหนดอุบัติการณ์ที่ต้องรายงาน รูปแบบรายงาน/ผู้รับผิดชอบในการ monitor ติดตาม 3. เล่าเรื่องราวการดำเนินการเรื่องนี้ได้หรือไม่...ว่า รพ.ทำอะไร? ทำอย่างไร? และมีผลลัพธ์เป็นอย่างไร? กรณีมีอุบัติการณ์รุนแรงระดับ E-up ทบทวนและวางแผนดำเนินการอย่างไร? 4. เราเก็บผลลัพธ์เรื่องนี้หรือไม่อย่างไร? เก็บอะไร? ใครเก็บ? ใครติดตาม? ใครใช้ประโยชน์?

ความเสี่ยงและอุบัติการณ์

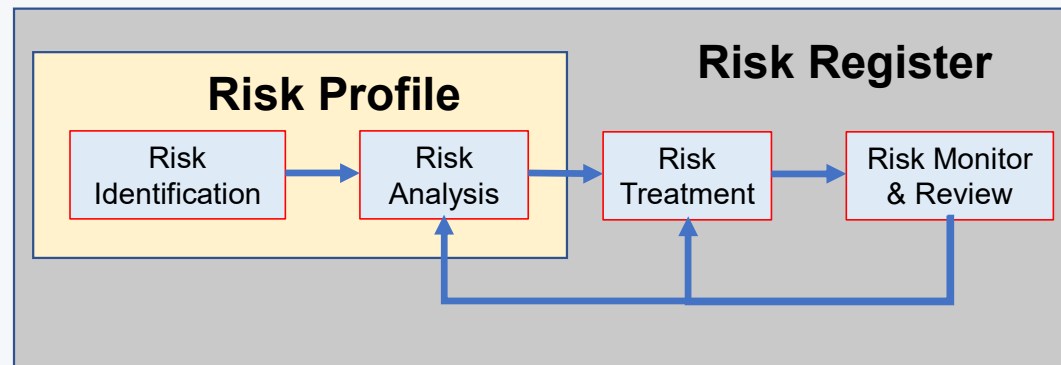


- **ความเสี่ยง** คือโอกาสที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย
- **อุบัติการณ์** คือเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิด หรือได้ทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย (ที่ไม่ควรจะเกิดขึ้น)
- **อุบัติการณ์** เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว **ความเสี่ยง** เป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น
- **อุบัติการณ์** ในอดีต อาจเป็น**ความเสี่ยง** ในปัจจุบันและอนาคต
- **อุบัติการณ์** ในอดีต อาจไม่เป็นความเสี่ยงอีกต่อไป หากมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างรัดกุม
- **ความเสี่ยง** มีทั้งอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น และโอกาสเกิดซึ่งยังไม่เคยมีอุบัติการณ์

กระบวนการ บริหารความเสี่ยง

Risk Register เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ทำให้เป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต มีการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

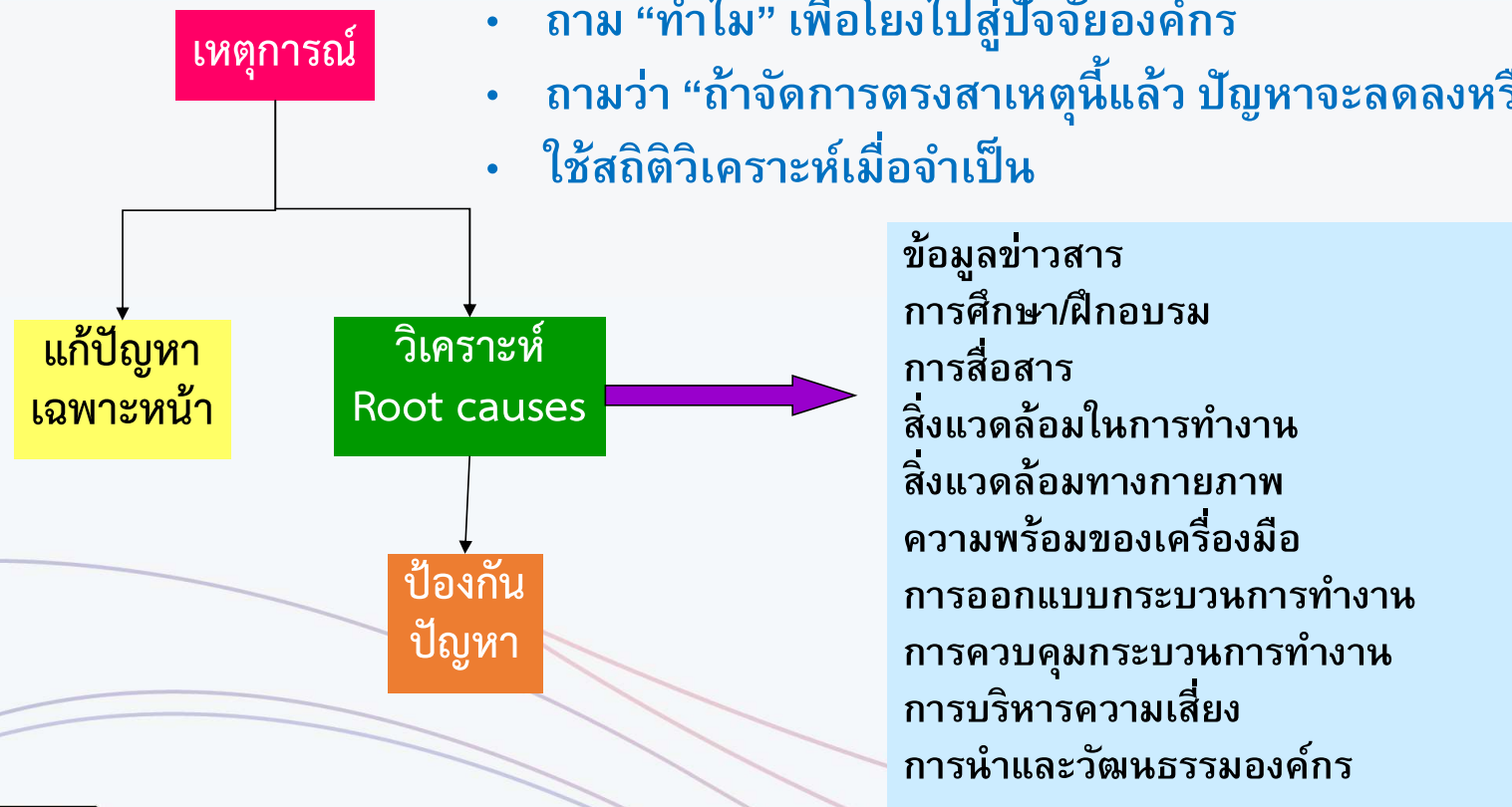
Impact	5. Extreme					
	4. Very High					
	3. Medium					
	2. Low					
	1. Negligible					
		1. Rare	2. Unlikely	3. Moderate	4. Likely	5. Almost Certain
		Likelihood				



Risk Profile เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสียหาย
วิเคราะห์สิ่งคุกคามที่องค์กรเผชิญ
อาจนำเสนอในรูปแบบ risk matrix หรือ risk rating table

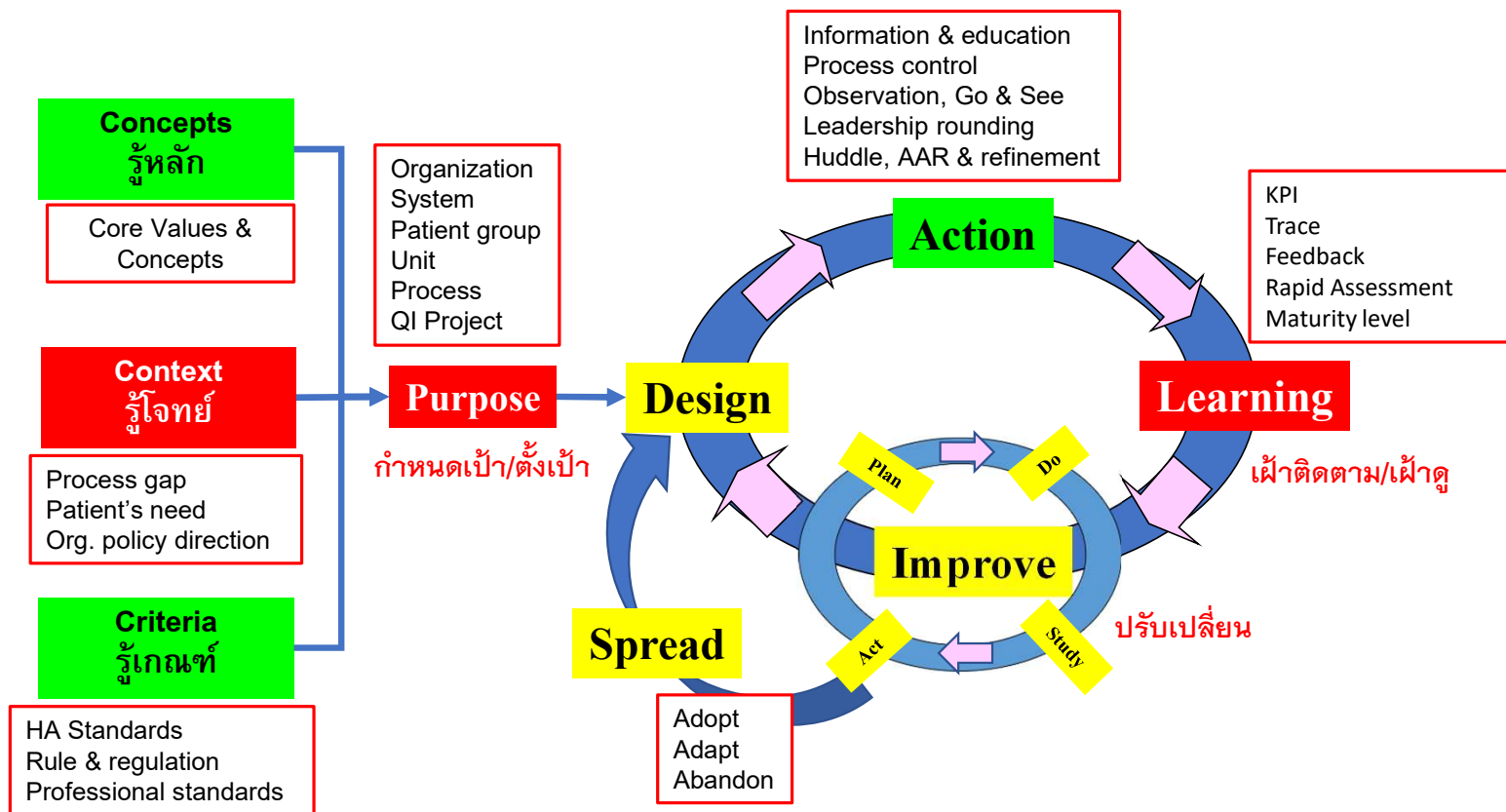
การวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง

- วิเคราะห์จากเหตุการณ์จริง เข้าไปดูในสถานที่จริงคุยกับผู้คนที่เกี่ยวข้อง
- ถาม “ทำไม” เพื่อโยงไปสู่ปัจจัยองค์กร
- ถามว่า “ถ้าจัดการตรงสาเหตุนี้แล้ว ปัญหาจะลดลงหรือหมดไปหรือไม่”
- ใช้สถิติวิเคราะห์เมื่อจำเป็น



หลุมพรางการบริหารความเสี่ยงและการทำ RCA

การใช้มาตรฐาน HA ตามแนวคิด 3C-DALI



หลุมพรางการบริหารความเสี่ยงและการทำ RCA

- การรายงาน **risk , incidence** แนวทางไม่ชัดเจน บทบาทหน้าที่ของทีม
- ขาดการทบทวน การคืนข้อมูลของทีมต่างๆ
- การหา**ความเสี่ยง(AE)** จากเหตุการณ์ที่ทบทวนไม่ได้ชัดเจน
- การตั้งเป้าหมายในการพัฒนาไม่สอดคล้องกับบริบท

หลุมพรางการบริหารความเสี่ยงและการทำ RCA

- การทบทวน **RCA** หา **ปัจจัยเชิงระบบ** ที่เป็นสาเหตุไม่ได้ หาไม่ถึง
- ไม่ได้นำสาเหตุที่วิเคราะห์ได้มาออกแบบเชิงระบบ (**Process design**) เพื่อให้เกิดความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น
- ไม่ได้นำระบบที่ออกแบบใหม่มาปฏิบัติ (**Action**) ในทุกหน่วยงาน ขาดการสื่อสาร
- ขาดการกำกับติดตาม (**Monitoring & Evaluation**) ผลการดำเนินงานของระบบที่ออกแบบใหม่ ไม่มีเจ้าภาพ
- ใช้ **risk register** แบบไม่เข้าใจ ไม่เห็นประโยชน์