

๑.เกิดอะไรขึ้น โดยนำเอาปัญหา/อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมาเป็นตัวตั้ง

๒.ทำไมจึงเกิด โดยการตั้งคำถามทำไมซ้ำหลายๆครั้งต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน หรือนำเอาปัญหามาคลีขบวนการโดยการนำปัจจัยเชิงระบบต่างๆที่อยู่เบื้องหลังมาพิจารณา เช่น ศักยภาพของบุคลากร, ภาระงาน, สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน, อุปกรณ์ เครื่องมือ เทคโนโลยี, การออกแบบระบบงานและอื่นๆ อาจจะดึงบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาซักถามข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการหาสาเหตุ

๓.ต้องทำอะไรเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีก เมื่อรู้ถึงสาเหตุรากของปัญหาแล้วต้องนำเข้าสู่กระบวนการแก้ไขอย่างเป็นระบบ และแก้ไขทันที ซึ่งการแก้ไขนั้นอาจจะมีการวางมาตรการ, ปรับเปลี่ยนกระบวนการดูแลรักษา/ระบบการทำงาน, ถ่ายโอนหรืออาจขอให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์พูดถึงความรู้สึก ความต้องการที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานในขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ได้ย้อนรอยบอกเล่าความรู้สึกและความคิดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์(cognitive walkthrough) ก็จะช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนาและการแก้ปัญหาเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำได้ นอกจากนี้ยังมีแนวทางการป้องกันและควบคุมความเสียหายมิให้ลุกลามหากกรณีที่ปัญหานั้นเกิดขึ้นในกระบวนการดูแลรักษา ควรจัดประชุมทำ RCA ทันที โดยวางแผนการรักษา,หาเป้าหมายร่วมกัน, สรุปสิ่งที่ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบโดยให้ทีมที่ดูแลรักษารับรู้ตรงกัน, มอบหมายcontact person กับผู้ป่วยและญาติ

๖.การประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงที่ดีขึ้น

๑.คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย อย่างน้อยในประเด็นดังนี้

- วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
- ความครอบคลุมในการค้นหาความเสี่ยงและความรัดกุมของมาตรการป้องกัน
- การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
- ความครอบคลุมของการรายงานอุบัติการณ์ (เทียบกับอุบัติการณ์ ทั้งหมดที่ประมวลได้จากวิธีต่างๆ)
- ความสามารถในการป้องกันและลดอุบัติการณ์ รวมทั้งความสูญเสียที่เกิดขึ้น

๒.คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้องนำผลที่ได้จากการประเมินไปดำเนินการปรับปรุง

การติดตามประเมินผลโดยการทำ Risk Monitoring

Risk Monitoring เป็นกิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ติดตามความสำเร็จและสถานการณ์ของกิจกรรมบริหารความเสี่ยง เป็นการติดตามที่รับรู้และค้นหาความเสี่ยงใหม่ๆ เพื่อประเมินการปฏิบัติ ตามแผนบริหารความเสี่ยง และประเมินประสิทธิผลในการลดความเสี่ยง โดยนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ได้แก่

๑.วิเคราะห์แนวโน้ม (Trend)

๒.วิเคราะห์แนวโน้มคู่กับสถิติ (Control Chart) ตัวอย่าง

๓.เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

๔.เปรียบกับคู่เทียบเคียง Benchmark

๕.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสัมพันธ์

เพิ่มเติม

Root Cause Analysis (RCA)

Root Cause Analysis (RCA) คือการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง หรือสาเหตุรากของการเกิดเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์นั้นๆ เพื่อจัดสาเหตุที่แท้จริงหรือสาเหตุรากให้หมดไป โดยจะทำ RCA ในเหตุการณ์ที่สำคัญ คือ Sentinel Event, Potential Adverse Event เพื่อลดผลกระทบทันที และป้องกันการเกิดซ้ำ

แนวทางการทำ RCA

๑. ศึกษาเหตุการณ์ที่จะทำ RCA
๒. เขียนเส้นทางโดยใช้คน หรือสิ่งของที่ได้รับความเสียหายเป็นตัวเดินเรื่อง หรือเดินตามกระบวนการทำงาน หรือการดูแลรักษาที่ทำอยู่ตามมาตรฐาน หรือวิธีปฏิบัติงาน
๓. ตั้งใจหยั่งว่าเกิดอะไรขึ้นให้ครอบคลุม หาสาเหตุของแต่ละใจหยั่งว่ามาจากอะไรได้บ้าง โดยใช้สมมติฐานเท่าที่คิดได้ ใช้คำถาม why?
๔. หาข้อมูลจากแหล่งที่เกี่ยวข้อง เช่นเวชระเบียน แบบบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในเรื่องนั้นๆ สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง หรือขอดูกระบวนการทำงาน
๕. เขียนเส้นทาง พร้อมความเชื่อมโยง จากจุดเกิดเหตุไกลออกไปภายในองค์กร และภายนอกองค์กร(ถ้ามี)
๖. สรุปว่าเกิดอะไรขึ้น มีสาเหตุมาจากอะไรเป็นแผนภาพ เพื่อเป็นสมมติฐาน
๗. จัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง หาข้อยุติ พร้อมหลักฐานที่ปรากฏจริง ตัดสมมติฐานที่ไม่ใช่ความจริงของเหตุการณ์นี้
๘. สรุปสิ่งที่ เป็นสาเหตุ และสิ่งที่ต้องปรับปรุง เพื่อนำไปออกแบบและใช้งาน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการทำ RCA

๑. System Thinking แบ่งเป็น

-System Focus คือการเน้นปรับปรุงที่ตัวระบบงาน มากกว่าที่จะกล่าวโทษตัวบุคคลว่าเป็นต้นเหตุของปัญหา

-System Approach เป็นความพยายามที่จะทำความเข้าใจธรรมชาติของสรรพสิ่งให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด ด้วยข้อจำกัดของมนุษย์ เรามักจะตัดตอนหรือแยกส่วนองค์ประกอบต่างๆ มาพิจารณาอย่างละเอียด ทำให้เกิดความเข้าใจเฉพาะส่วนไม่สมบูรณ์ ขาดการเชื่อมโยง ซึ่งประกอบด้วยหลักการสำคัญ คือการมองความเป็นทั้งหมด และการให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยงหรือความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ

๒. Safety Culture (วัฒนธรรมความปลอดภัย) วัฒนธรรมคือวิถีชีวิตที่ฝังาม ที่ผู้คนปฏิบัติคล้ายกันโดยอัตโนมัติ ผู้คนยอมรับและปฏิบัติตามเคยชิน “ความเสี่ยง” และ “ความปลอดภัย” เป็นสองด้านของเรื่องเดียวกัน คำว่า ความเสี่ยง ทำให้เรามองหาโอกาสเกิดปัญหา ปรับจากตั้งรับมาสู่การสำรวจ แกไขและป้องกันเชิงรุก คำว่าความปลอดภัย ให้ความรู้สึกเชิงการบรรลุเป้าหมายและอยากทำทุกวิถีทางเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น

วัฒนธรรมความปลอดภัย หมายถึง ความเชื่อที่ทุกคนยึดมั่นและปฏิบัติตามเป็นนิสัยไปในทิศทางเดียวกันในเรื่องความปลอดภัย องค์กรที่สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นได้ จะช่วยให้องค์กรนั้นมีภูมิคุ้มกัน ทำให้สามารถตรวจจับ ป้องกันและแก้ปัญหาที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้นและยั่งยืน

ลักษณะวัฒนธรรมความปลอดภัย

๑. นำเรื่องความเสี่ยงมาเล่าสู่กันฟังได้อย่างสะดวกใจ
๒. ทบทวนและเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่รุนแรงโดยไม่ชักช้า
๓. การรายงานอุบัติการณ์ที่ครอบคลุม
๔. มีสายตาที่ร่องไวในการมองหาความเสี่ยงตลอดเวลา
๕. ขวนขวายหาทุกวิธีการที่จะทำให้เกิดความปลอดภัย
๖. สอดแทรกแนวคิดความปลอดภัยเข้าในทุกโอกาส
๗. ผู้นำเห็นคุณค่าและใส่ใจอย่างต่อเนื่อง
๘. ต่อยอด ขยายผล จากจุดเล็กๆ
๙. แพร่ข้อมูล ปัญหา ทางออก และความรู้สึก

๓. Noblame, No shame ไม่โทษที่ตัวบุคคล มุ่งเน้นดูที่ระบบ กระบวนการ ได้แก่

- จำนวน/คุณลักษณะผู้รับบริการ
- จำนวนผู้ปฏิบัติงาน
- การปฐมพยาบาลและการฝึกอบรม
- การประเมินความรู้ความสามารถ
- การกำกับดูแล
- การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่
- การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น
- การสนับสนุนทางเทคโนโลยีที่เพียงพอ
- การบำรุงรักษาและการบริหารเครื่องมือ
- สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ
- ระบบและกระบวนการรักษาความปลอดภัย
- การควบคุมการเก็บยาและการเข้าถึง
- การเขียนฉลากยา

๔. Management by Fact

๑. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอก-ใน ดูความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ความสอดคล้องลำดับเวลา ความเป็นเหตุเป็นผล

๒. ขอดูกระบวนการทำงาน ว่าใครเกี่ยวข้องบ้าง ทำอย่างไร มี Flow, Algorithm, Care Map หรือไม่

๓. การสัมภาษณ์ ว่าเหตุการณ์ปกติเราทำงานกันอย่างไร ดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างไร และเมื่อเกิดเหตุการณ์ครั้งนี้ผิดปกติอย่างไร เพื่อหาข้อเท็จจริง สาเหตุเชิงระบบแล้วหาโอกาสพัฒนาต่อไป

๔. เก็บหลักฐานทางกายภาพและเอกสาร

๕. Team คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ทิมนำ RM co/Facilitator หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประชุมรวบรวมข้อมูลแล้วสรุปประเด็นที่สำคัญ เพื่อให้ได้แนวทางการป้องกันการเกิดซ้ำโดยร่วมกันทำงานเป็นทีม เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีการ Feedback

๑.๔ ชื่อ/นามสกุล นางสาวพรพัชร์ เกตุแก้ว

อายุ ๔๑ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลหอผู้ป่วย ๒๐/๑๓ พิเศษ เพื่อดูแล ผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม อย่างปลอดภัย รวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างเป็น องค์กรรวม ยึดผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยบริการดูแล หญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังคลอดบุตร ผู้ป่วยนรีเวชกรรมก่อนและหลังผ่าตัด และผู้ป่วยเด็กที่มีอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี เป็นอนุกรรมการประสานงานความเสี่ยงระดับหน่วยงาน คณะกรรมการ Triqger tools ของ PCT สูติ-นรีเวชกรรม และคณะกรรมการรับคำสั่งทางโทรศัพท์

๑.๕ ชื่อ/นามสกุล นางจิริยา ศรีประเสริฐศักดิ์

อายุ ๓๘ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการทางด้านจักษุ และสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ บันทึก รวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยด้านการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วย จักษุ ตอบสนองต่อวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการพยาบาล ร่วมดำเนินการวางแผนการทำงานตามแผนงาน หรือโครงการของหน่วยตรวจโรคตา หู คอ จมูก ประสานการทำงานร่วมกัน โดยมีบทบาทในการให้ความเห็นและคำแนะนำเบื้องต้นแก่เจ้าหน้าที่ในทีมงานหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นคณะกรรมการทีมนำทางคลินิกด้านจักษุ เป็น คณะอนุกรรมการประสานงานความเสี่ยงระดับหน่วยงาน การทำกิจกรรมทบทวน Root cause Analysis

๑.๖ ชื่อ/นามสกุล นางสาวอิงแก้ว เสาวพานต์

อายุ ๓๙ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) พยาบาลประจำการปฏิบัติงานหอผู้ป่วยศัลยกรรม กระดูกพิเศษ ชั้น ๑๐ ให้การดูแลรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคกระดูก กล้ามเนื้อ เอ็นและข้อ ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในภาวะฉุกเฉิน ครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยคำนึงถึงความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย เป็นคณะอนุกรรมการประสานงานความเสี่ยงระดับหน่วยงานทำหน้าที่วิเคราะห์ รวบรวมและรายงานอุบัติการณ์ประจำเดือน รวบรวม ความเสี่ยง กระตุ้นสมาชิกในหน่วยงานให้ตระหนักและกระตือรือร้นในการค้นหา การรายงานอุบัติการณ์ การวิเคราะห์อุบัติการณ์ ร่วมปรับปรุงพัฒนา ควบคุม คุณภาพและ มาตรฐาน ครอบคลุม ๔ มิติ ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ