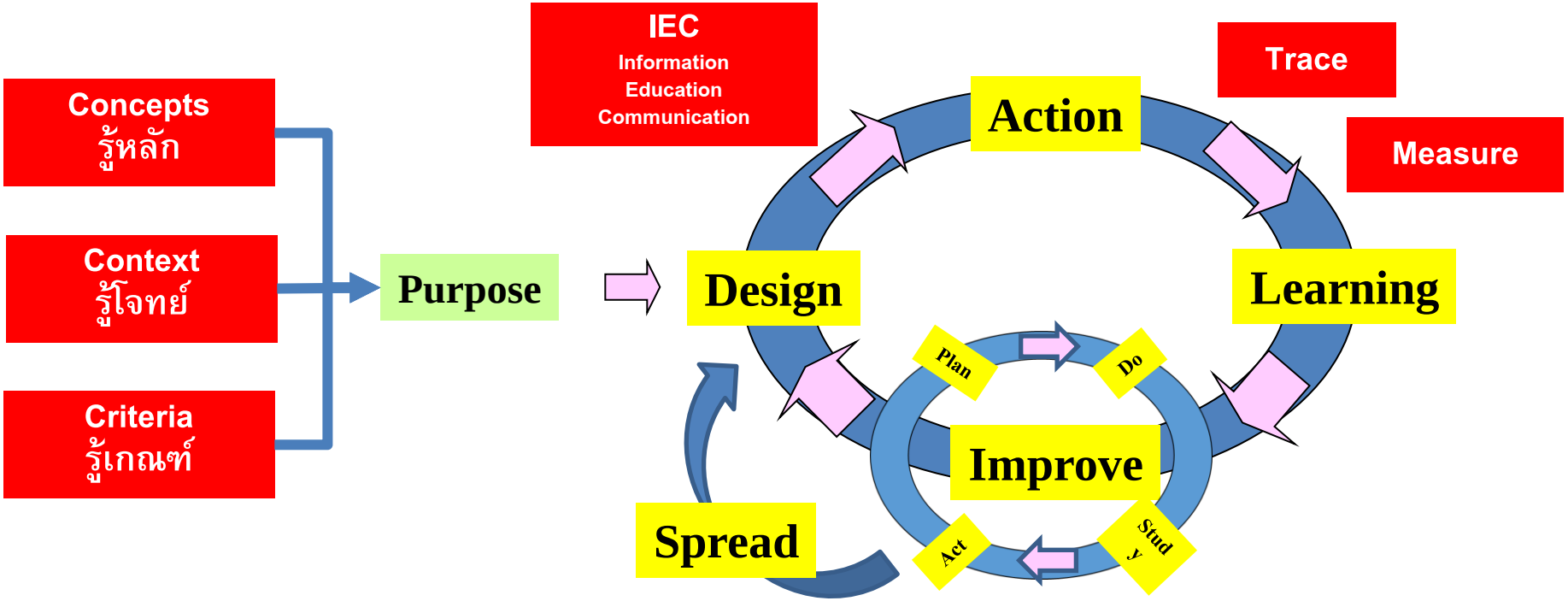
Risk management : RCA

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

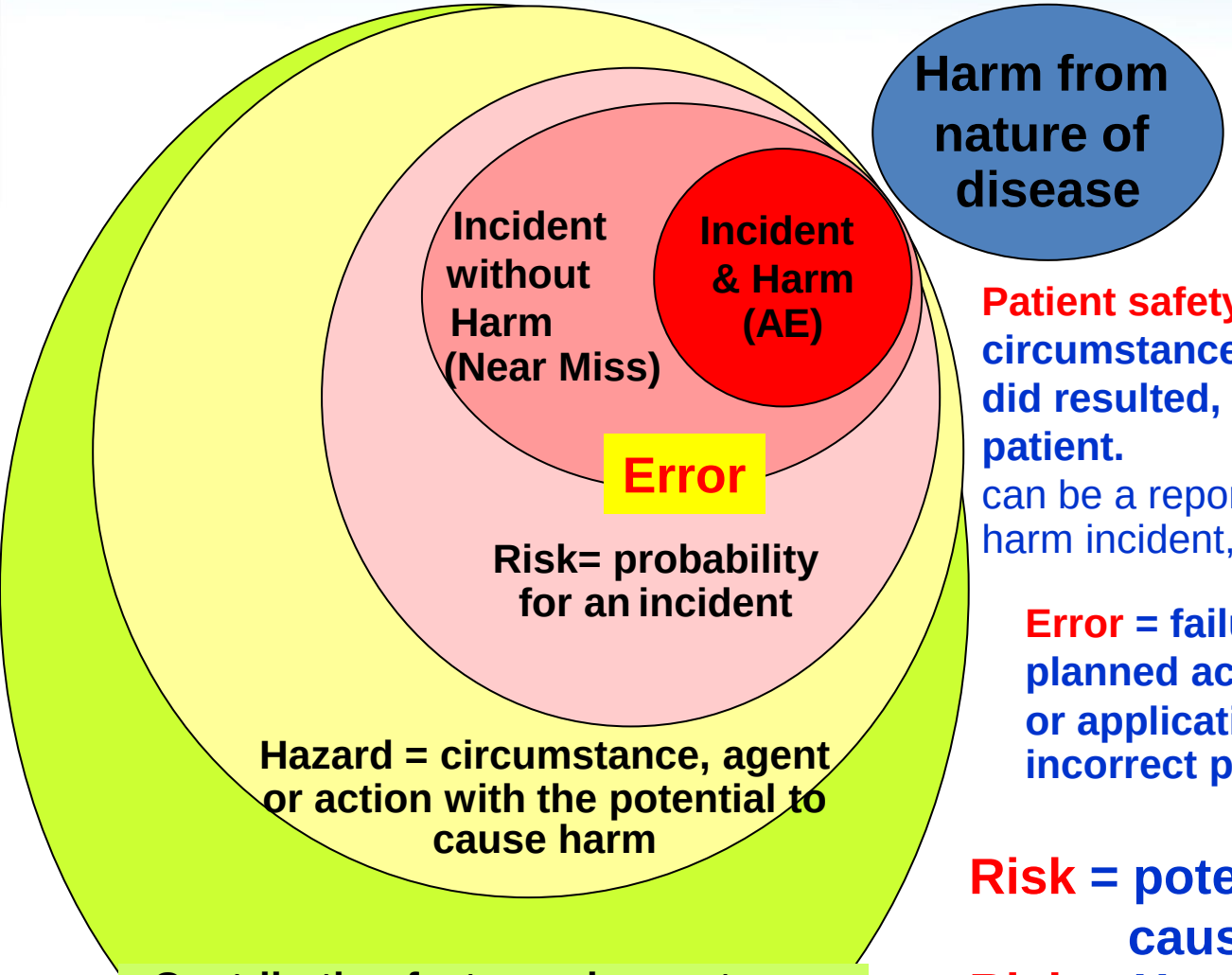
วงล้อคุณภาพ 3C - PDSA / DALI



เรามีข้อ Concern อะไรบ้าง?

- ความเข้าใจและการใช้ถ้อยคำ “ความเสี่ยง” กับ “อุบัติการณ์”
- การเน้นปริมาณรายงานอุบัติการณ์ แต่ไม่นำไปสู่การแก้ไขป้องกัน
- การทำ RCA แต่ไปไม่ถึง root cause
- การที่ต่างหน่วยงานต่างจัดการความเสี่ยงของตนเอง
- การไม่เห็นภาพรวมความเสี่ยงทั้งองค์กร
- ความยากในการประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง
- ความไม่ชัดเจนว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยหมายถึงอะไร

Error, Risk, Harm



Contributing factor = circumstance, action or influence that is though to have played a part in the development or increase the risk of an incident
(external, organizational, staff, patient)

Patient safety incident = an event or circumstance that could have resulted, or did resulted, in unnecessary harm to a patient.
can be a reportable incident, near miss, no harm incident, harmful incident (AE)

Error = failure to carry out a planned action as intended or application of an incorrect plan

Risk = potential for a hazard to caused harm
Risk = Hazard x Exposure

WHO 2009. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety

ความเสี่ยงกับอุบัติการณ์ สัมพันธ์กันอย่างไร?

- ความเสี่ยงคือโอกาสที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย
- อุบัติการณ์คือเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิด หรือได้ทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย (ที่ไม่ควรจะเกิดขึ้น)
- อุบัติการณ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น
- อุบัติการณ์ในอดีต อาจเป็นความเสี่ยงในปัจจุบันและอนาคต
- อุบัติการณ์ในอดีต อาจไม่เป็นความเสี่ยงอีกต่อไปหากมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างรัดกุม
- ความเสี่ยง มีทั้งอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น และโอกาสเกิดซึ่งยังไม่เคยมีอุบัติการณ์

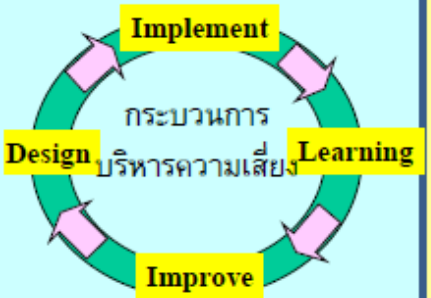
II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป

1 กรอบการบริหารความเสี่ยง

โครงหลัก
การจัดการภายในองค์กร
ความเสี่ยงที่จะจัดการ



2 การสนับสนุนระบบบริหารความเสี่ยง

นโยบายบริหารความเสี่ยง
แผนจัดการความเสี่ยง
กระบวนการบริหารความเสี่ยง
ทะเบียนจัดการความเสี่ยง
รายงานอุบัติการณ์
กำกับติดตาม ทบทวน

3 การประเมินความเสี่ยง

ควรครอบคลุมการจัดการด้านยา การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การติดเชื้อ การระบุตัวผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล โภชนาการ ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ ความเสี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว

4 การรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เหตุเกือบพลาด

รายงาน ตรวจสอบข้อเท็จจริง ปฏิบัติการ ฝึกอบรม จัดทำบันทึก วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง ให้ข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบ

5 จัดการประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ

ประเด็นที่องค์การอนามัยโลกระบุ
เป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย
ออกแบบ สื่อสาร สร้างความตระหนัก
นำไปปฏิบัติ

6 การประเมินประสิทธิผล

ของโปรแกรมบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

ระบบบริการความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผล

ข. ข้อกำหนดเฉพาะประเด็น

1 โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร
(I-5.1 c)

2 อาคารสถานที่ พื้นที่ใช้สอย อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และวัสดุครุภัณฑ์
(II-3.1, 3.1, 6)

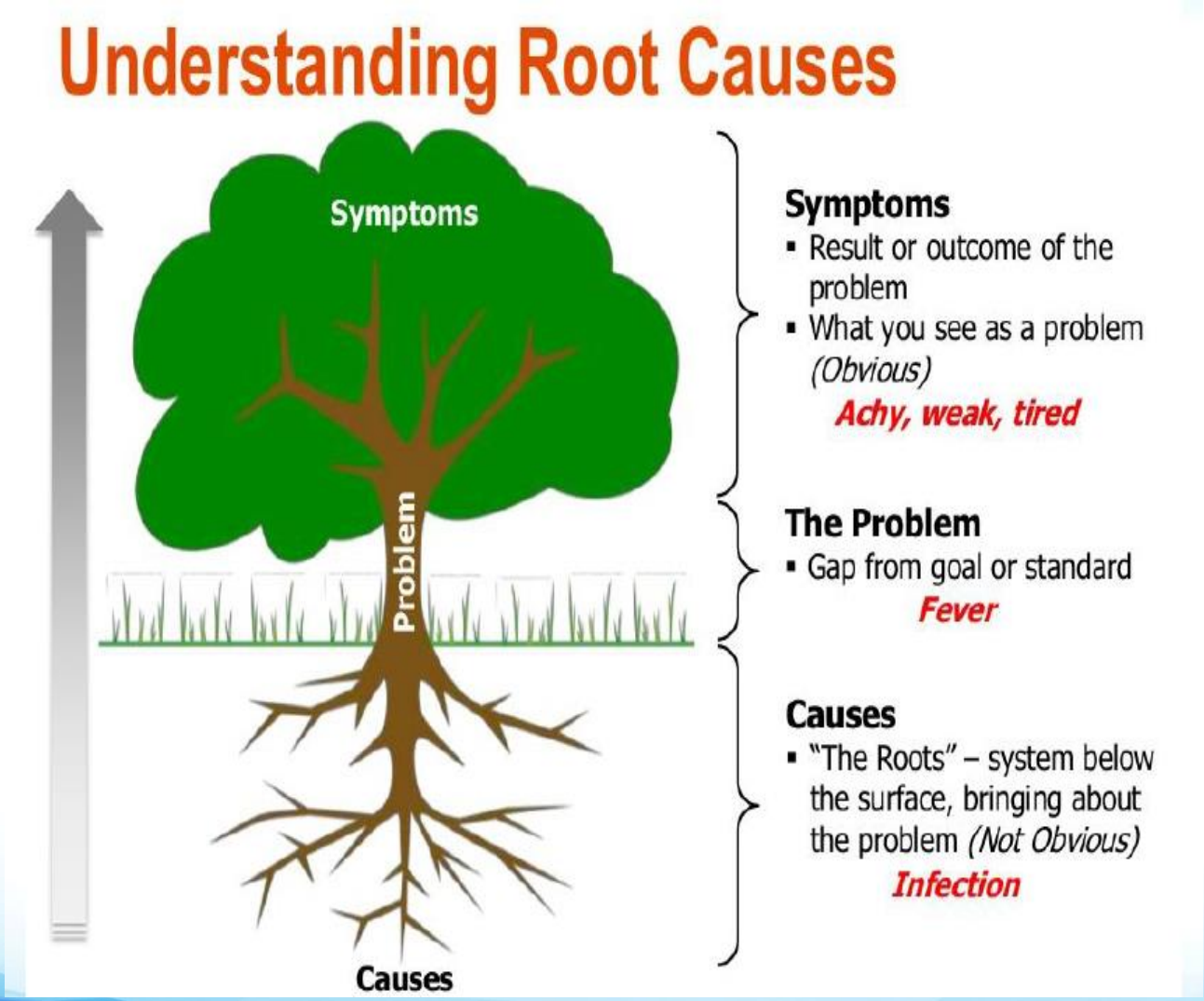
3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเวชระเบียน
(II-4, 5)

ปัญหาที่พบของการทำ RCA

- ไม่สามารถระบุความเสี่ยง/อุบัติการณ์ได้อย่างชัดเจน
- มีการทำ RCA กรณีความเสี่ยงระดับรุนแรง หรือ GHI เท่านั้น
- ทัศนคติของทีมต่อการทำ RCA : กังวล กลัวความผิด ไม่ได้เป็นการร่วมแก้ปัญหา
- RCA แยกตามแต่ละหน่วยงาน การมีส่วนร่วมของทีมนำระบบงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ครอบคลุม
- สรุปผลการทำ RCA เหตุการณ์สำคัญ/ความเสี่ยงส่วนใหญ่มักเกิดจาก
  - ไม่มีแนวทางปฏิบัติ
  - บุคลากรขาดความรู้ ขาดความตระหนัก
  - บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทาง
- ยังไม่ได้สาเหตุราก
- ผลจากการทำ RCA เป็นการแก้ปัญหาหลังเกิดเหตุการณ์ ยังไม่ชัดเจนในการออกแบบระบบงานใหม่เพื่อป้องกันปัญหา
- ผลจากการ RCA ไม่ได้นำลงสู่การเรียนรู้ไปยังหน่วยงานต่างๆ
- ยังไม่ชัดเจนในการกำกับ ติดตาม

Incident Report

RCA & Improvement



Root Cause Analysis (RCA)

ทำไมต้องทำ RCA

- RCA ช่วยในการระบุ what, how & why ในอุบัติการณ์หรือความล้มเหลวที่เกิดขึ้น
- Root causes เป็นสิ่งที่อยู่เบื้องหลัง สามารถค้นหาได้ จัดการได้และเป็นทางออกที่ใช้ป้องกันได้กว้างขวาง

หลักการในการทำ RCA

- ใช้แนวคิดเชิงระบบ
- มุ่งป้องกันการเกิดซ้ำ
- ใช้หลัก Pareto เน้นสาเหตุจำนวนน้อยที่ทำให้เกิดปัญหามาก
- ความมุ่งมั่นผูกพันของคนทำงาน
- การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

RCA : When & How

- **When** : เมื่อไรจะต้องทำ RCA ?

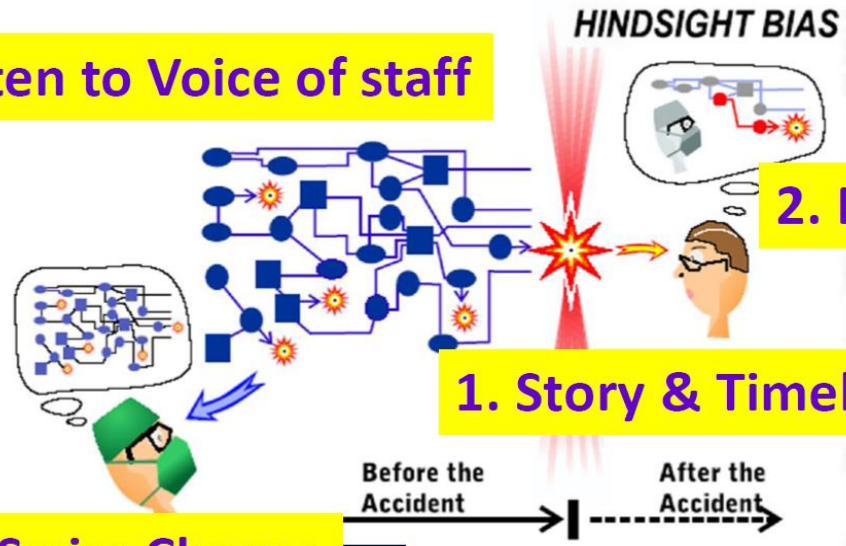
  - เมื่อเหตุการณ์มีความรุนแรง มีผลกระทบสูง ทำ RCA ทุกราย เป็นรายกรณี
  - เมื่อเหตุการณ์มีความรุนแรงต่ำ ให้ดูแนวโน้ม หากเกิดซ้ำ ควรทำ RCA ในภาพรวม

- **How** :

  - จะใช้วิธีการ มีขั้นตอนอย่างไรในการทำ RCA ? ที่จะนำไปสู่การออกแบบระบบหรือกระบวนการทำงานแบบใหม่ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ?

RCA : เรียนรู้จากความผิดพลาด

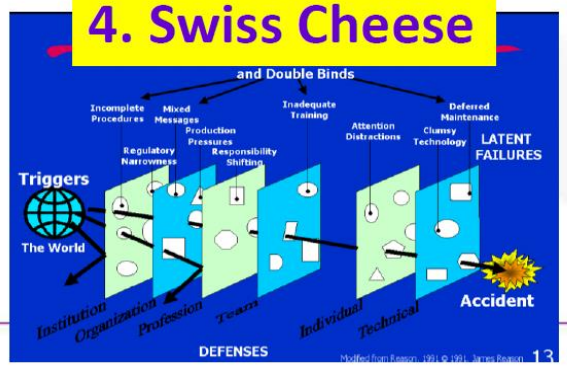
3. Listen to Voice of staff



2. Potential Change

1. Story & Timeline

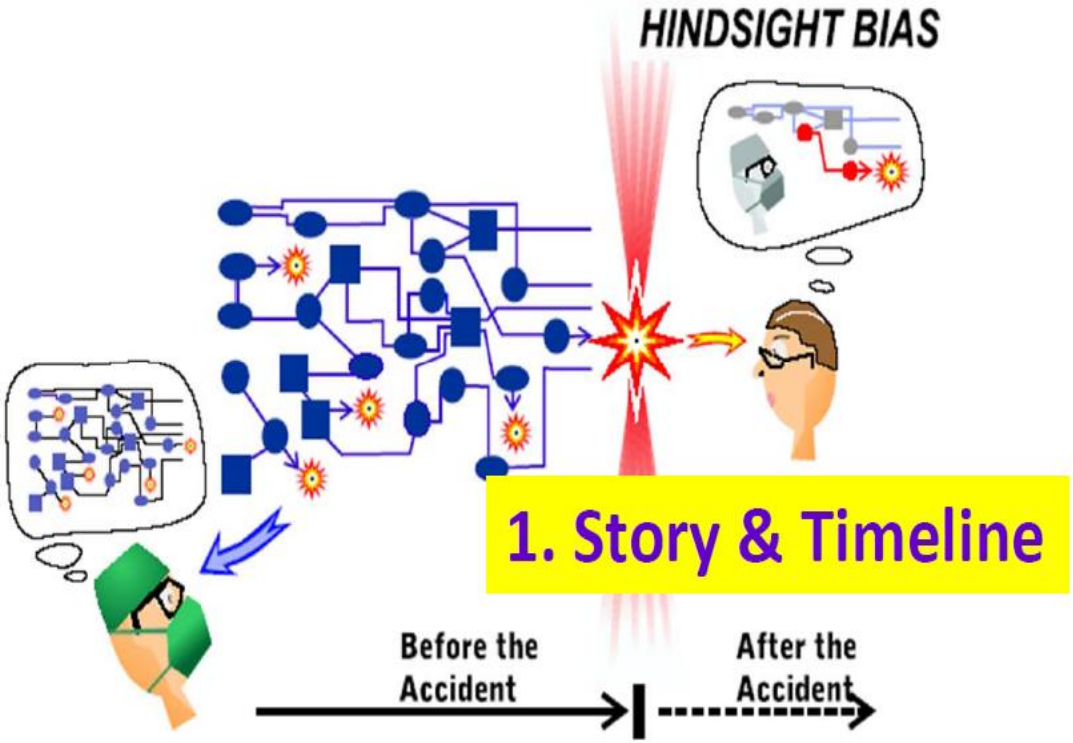
4. Swiss Cheese



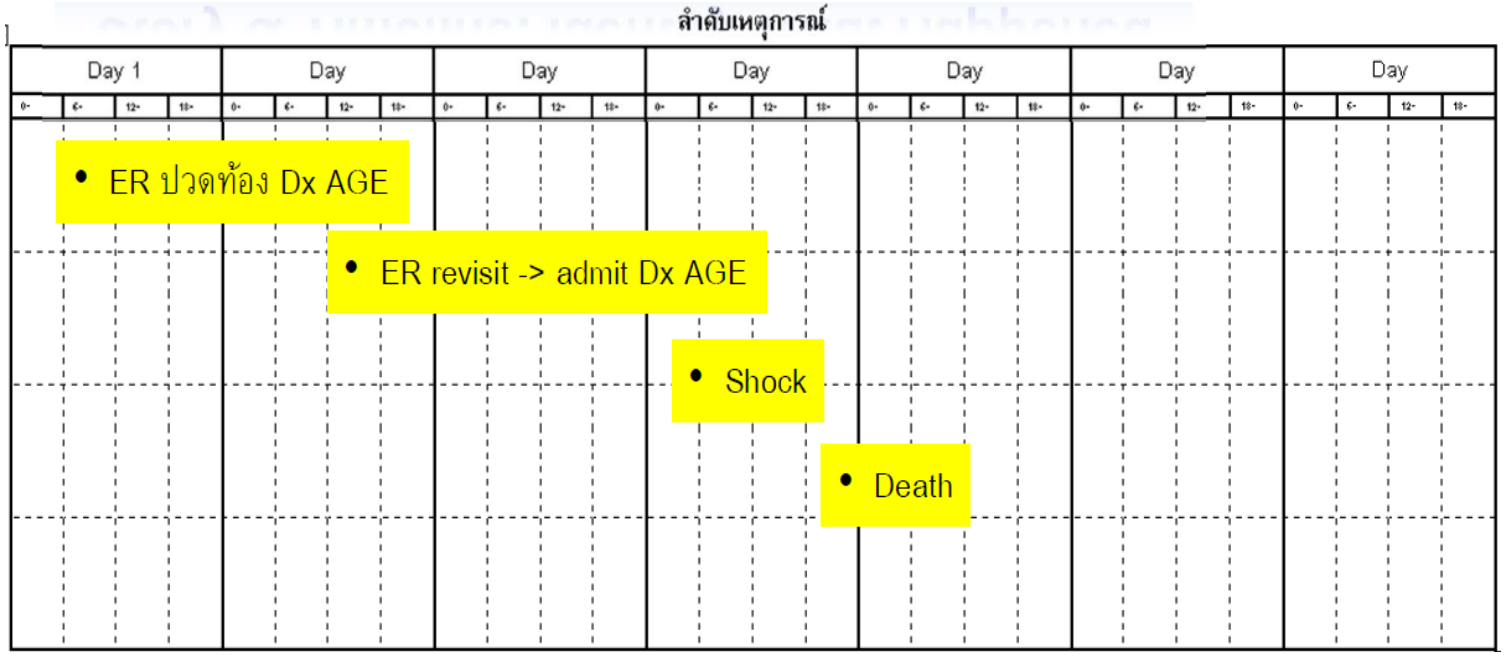
5. Creative solution

How to prevent it?
How to make it better?
How to detect it earlier?
How to do it earlier?
How to do it more appropriate?

RCA Step 1: Story & Timeline



Story & Timeline: Identify What Happened



What เกิดอะไรขึ้น

Who ใครบ้างที่เกี่ยวข้อง

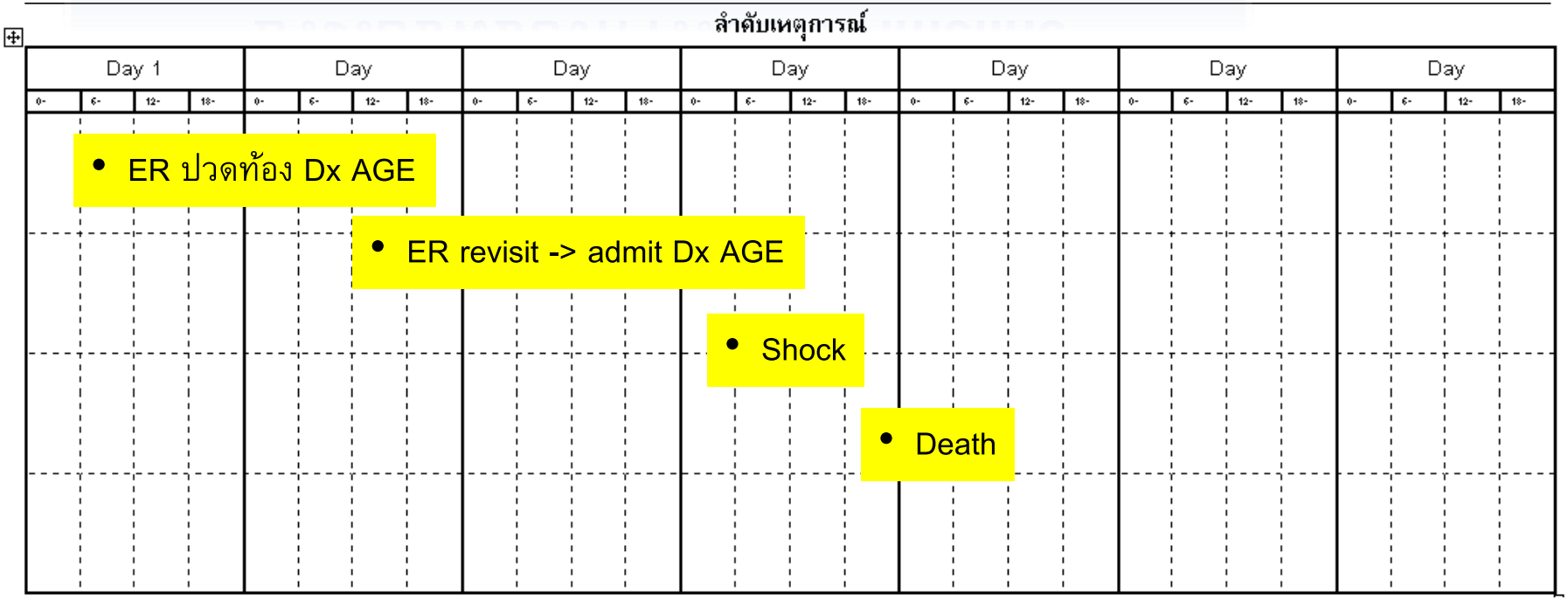
When เกิดขึ้นเมื่อใด

Where เกิดขึ้นที่ไหน

Consequence ผลเสียที่เกิดขึ้นหรือคาดว่าจะเกิดขึ้นรุนแรงเพียงใด

Likelihood โอกาสเกิดซ้ำมีหรือไม่

ประโยชน์ของการเขียน Timeline



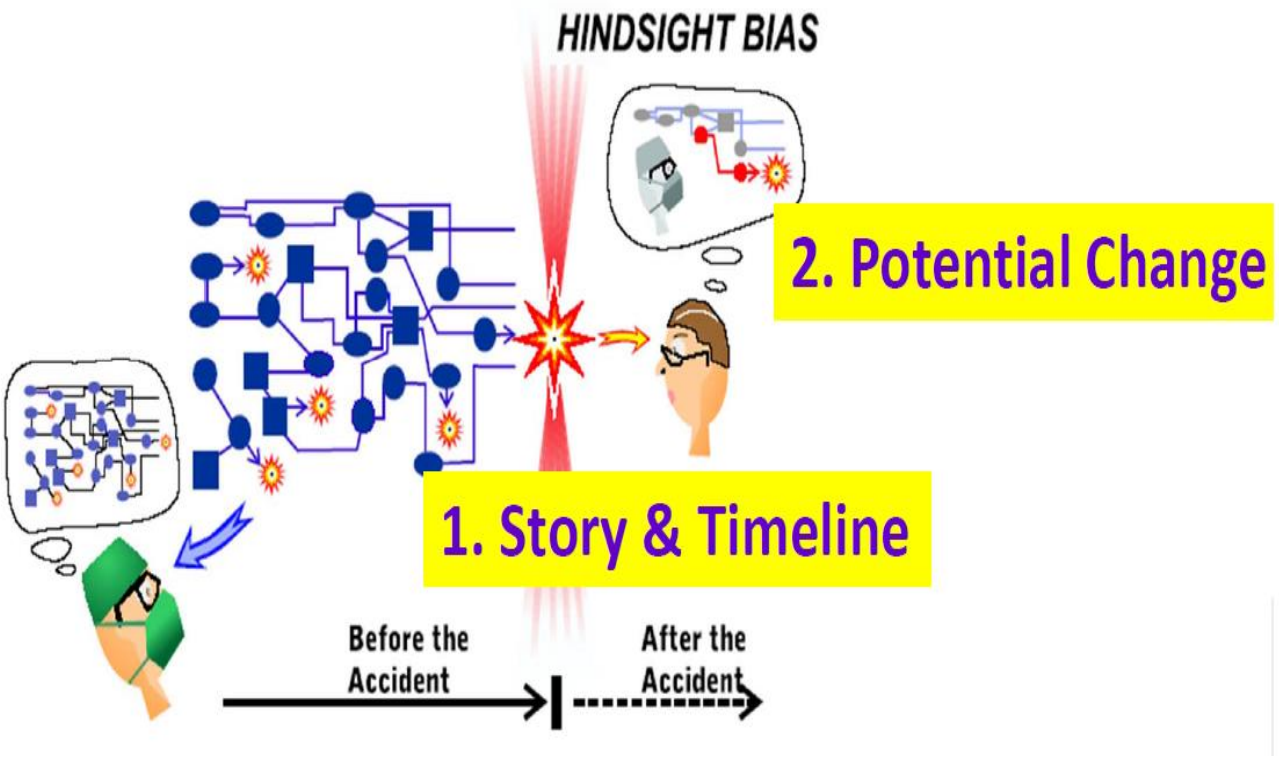
เรียนรู้ลำดับการเกิดเหตุการณ์ก่อนหลัง และช่วงห่างของเหตุการณ์

ช่วยให้เห็นชัดเจนว่า **Averse Event** คืออะไร เกิดขึ้นในช่วงไหน

ช่วยในการพิจารณาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล

ช่วยในการตั้งคำถามว่ามีอะไรเกิดขึ้นระหว่างเหตุการณ์ที่ระบุ

RCA Step 2: Potential Change



Potential Change: What Should Have Happened?

ใช้ประโยชน์จากอคติของการมองย้อนหลังเพื่อระบุจุดเปลี่ยน

(จุดเปลี่ยน = ระบบ/มาตรฐานการปฏิบัติ/การตัดสินใจ ที่ควรเกิดขึ้น)

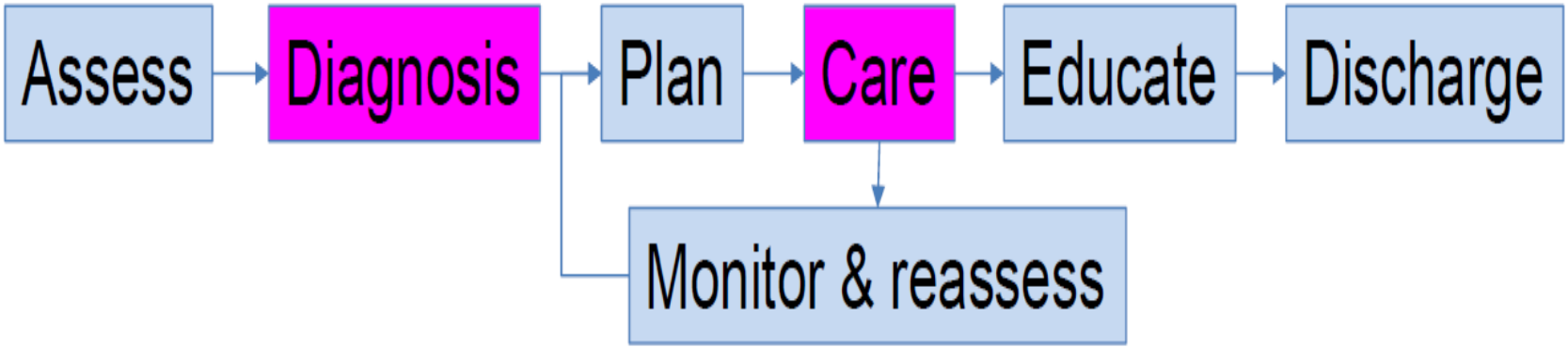
การเขียน flow กระบวนการดูแลทั้งหมดอาจช่วยได้

อาจมีการทบทวนวรรณกรรมเพื่อเรียนรู้แนวทางที่ดีที่สุด

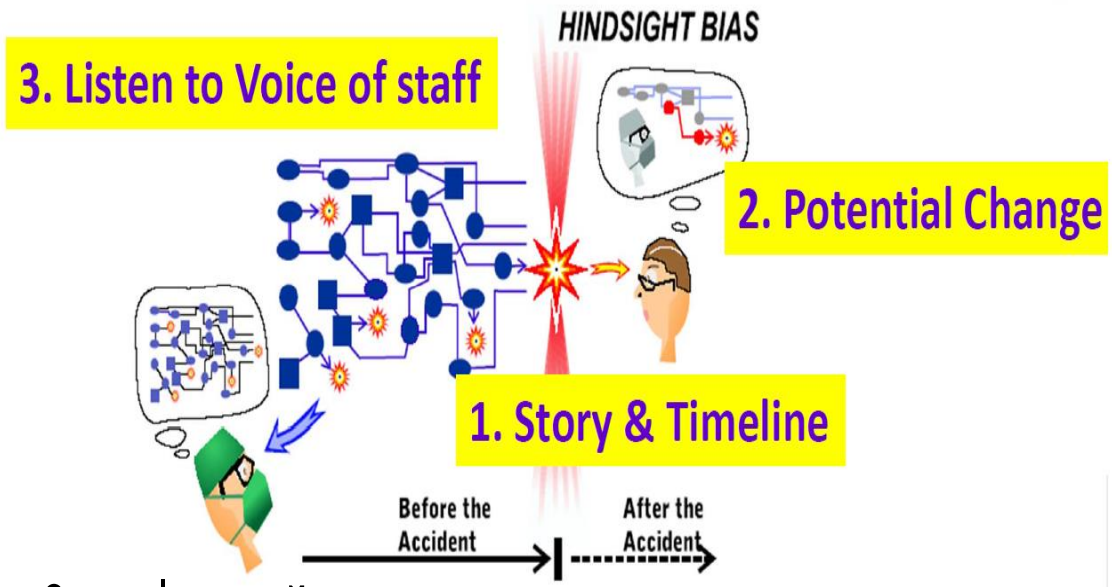
จุดเปลี่ยนเหล่านี้คือการเปลี่ยน unsafe act ให้เป็น appropriate act

MANCHESTER CITY COUNCIL
Manchester Mental Health NHS
INCIDENT
Because of these various errors and omissions, because the holes line up, we are now dealing with a Serious Incident.

MANCHESTER CITY COUNCIL
Manchester Mental Health NHS
and Social Care Trust
WORKLOAD MANAGEMENT
INFORMATION
ANALYSIS
CARE PLANNING
COMMUNICATION
Each slice of cheese is a protective factor which can reduce the likelihood of an incident occurring.


Assess
Diagnosis
Plan
Care
Educate
Discharge
Monitor & reassess

RCA Step 3: Listening



ใช้เวทีให้ผู้เกี่ยวข้องได้บอกเล่าจากมุมมองของตนตามความเหมาะสม

ทุกคนมีบทบาทและควรรับทราบบทบาทของผู้อื่น

การทราบว่าผู้เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลอะไร แปลผลข้อมูลอย่างไร

ต้องการอะไร มีข้อจำกัดอะไร ทำให้เกิดความเข้าใจคนทำงาน

ควรมี Facilitator ช่วยตั้งคำถามที่เหมาะสม

สร้างบรรยากาศที่ดีในการสนทนา

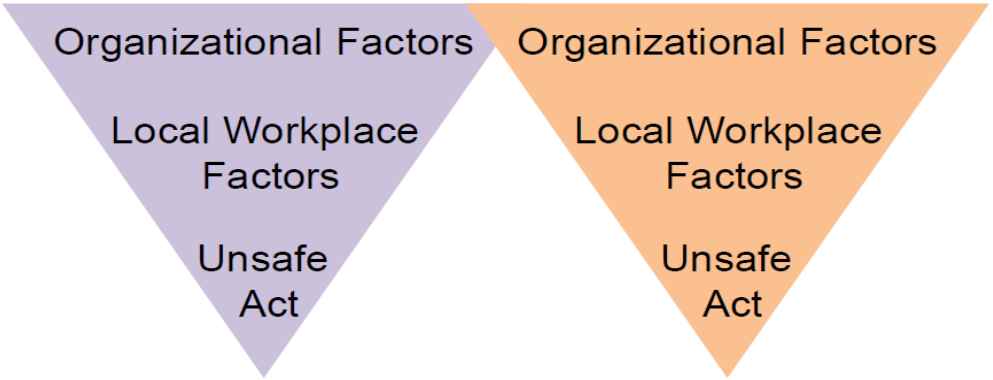
- ไม่ตัดสินใคร มองโลกในแง่ดี ทุกคนไม่อยากทำผิดพลาด
- ทำตัวเป็นกลาง ไม่แสดงความเห็นส่วนตัว
- เปิดใจ รับฟังข้อเท็จจริงให้มากที่สุด อย่าหยุดที่ความผิดพลาดของคน
- เน้นที่กระบวนการ ไม่เน้นกล่าวโทษตัวบุคคล
- ประเมินบรรยากาศการสนทนาเป็นระยะๆ
- ใช้คำถามที่เหมาะสมกับสถานการณ์ : ปลายเปิด ใช้เริ่มสนทนา ปลายปิดใช้ยืนยันหรือสรุป เจาะลึกใช้หาข้อมูลเพิ่ม เป็นต้น
- พยายามถามหา WHY

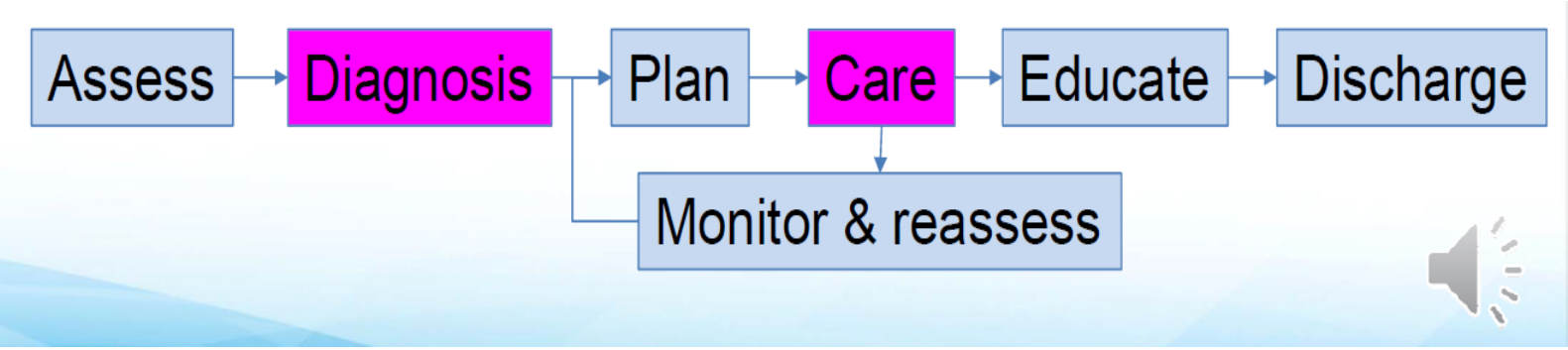
ตัวอย่างคำถามที่ไม่ควร/ควรทำ

คำถามที่มักจะถาม	คำถามที่สมควรถาม
เริ่มจากใครก่อนดี	ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยว่าเกิดอะไรขึ้น
ถ้ารู้ว่าผิดทำไมไม่หยุดทำ	อะไรทำให้คุณไม่สามารถหยุดทำได้
คนไข้แย่ลง ทำไมไม่รายงาน	ช่วยเล่าให้ฟังว่าคุณกำลังทำอะไรขณะที่คนไข้แย่ลง
มัวทำอะไรอยู่ตอนจัดยา	ช่วยอธิบายว่าเกิดอะไรขึ้นขณะที่คุณกำลังจัดยา

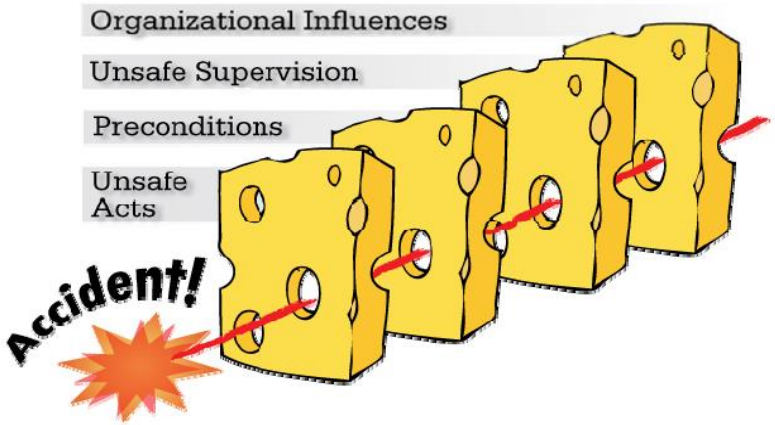
พูดคุยเพื่อเข้าใจปัจจัยเอื้อ

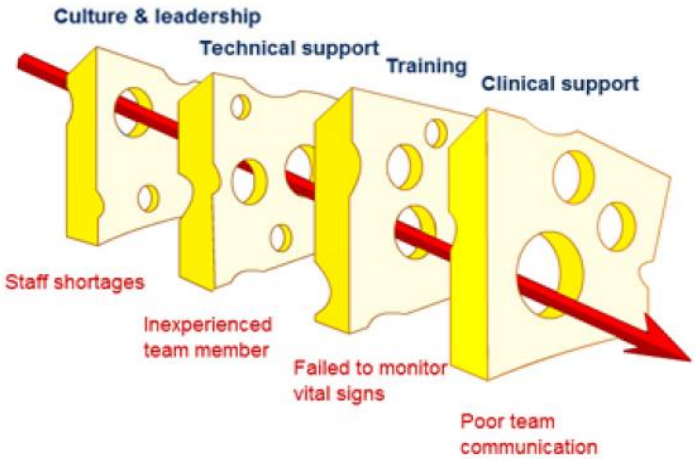
ถาม WHY โดยมีแนวคิดเชิงระบบอยู่ในใจ

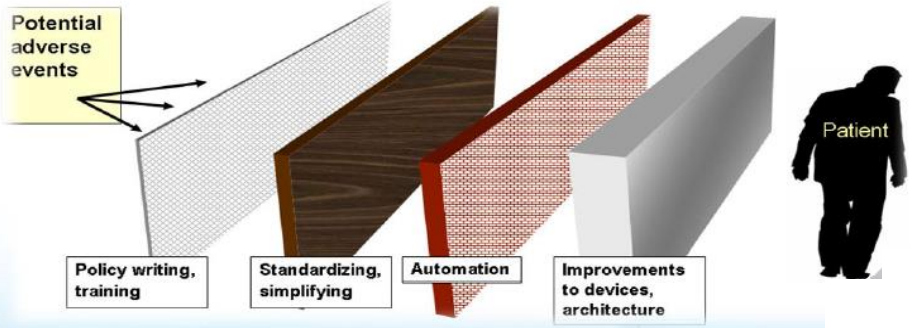




มี Model ให้เลือกใช้มากมาย







Contributory Factor [IHI]

(1) **ปัจจัยด้านผู้ป่วย:** พฤติกรรม บุคลิกภาพ ภาษา การสื่อสาร ครอบครัว สังคม เป็นต้น

(2) **ปัจจัยด้านกระบวนการ:** การรับบริการ การประเมิน แนวทางปฏิบัติ โครงสร้างการปฏิบัติงาน การสื่อสารข้อมูล

(3) **ปัจจัยด้านบุคคลากรแต่ละคน:** ความรู้ ทักษะ ความเหนื่อยล้า ความจำ ความเครียด อารมณ์ แรงจูงใจ ทัศนคติ สุขภาพ เป็นต้น

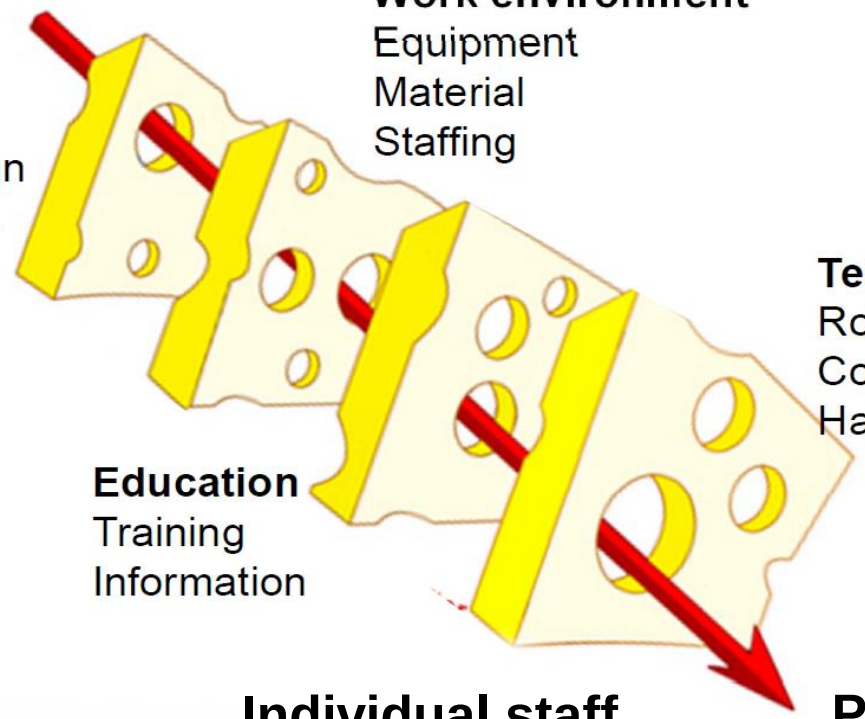
(4) **ปัจจัยด้านทีม:** การสื่อสาร การบันทึก ความสัมพันธ์ การกำกับติดตาม/ตอบสนอง

(5) **ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน:** ระดับความชำนาญและประสบการณ์ของบุคลากร ภาระงาน เครื่องมือ สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความปลอดภัย

(6) **ปัจจัยด้านการบริหารจัดการระดับองค์กร:** นโยบาย วัฒนธรรม งบประมาณและทรัพยากร

(7) **ปัจจัยภายนอกอื่นๆ:** กฎหมาย นโยบายของรัฐ สภาวะเศรษฐกิจ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

สรุปมาเป็น Model เพื่อใช้จริง



แนวทางการตั้งคำถาม

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

Local Workplace Factors	Organizational Factors
ลักษณะของผู้ป่วยมีผลต่อการเกิด AE หรือไม่	แนวทางอะไรที่ควรมีสำหรับผู้ป่วยที่มีลักษณะนี้
บุคลากรมีความเหนื่อยล้า เครียด เสียสมาธิหรือไม่	การจัดระบบงานและสิ่งแวดล้อมอะไรที่จะป้องกันได้
บุคลากรมีความรู้และทักษะเพียงพอหรือไม่	การฝึกอบรมและการให้ข้อมูลอะไรบ้างที่จำเป็น ระบบเตือน (Reminder system) อะไรที่จะช่วยได้
สมาชิกในทีมมีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่หรือไม่	มีการมอบหมายงานอย่างไร
สมาชิกในทีมได้รับข้อมูลที่ชัดเจนหรือไม่	แนวทางการบันทึกข้อมูล การสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลระหว่างสมาชิกที่จะช่วยป้องกันได้ ควรเป็นอย่างไร
เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ สถานที่มีความพร้อมหรือไม่	ระบบการจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ สถานที่/สิ่งแวดล้อม อะไรที่ช่วยได้ มีทรัพยากรอะไรที่ต้องการเพิ่ม
	ระบบการติดตาม กำกับ และตอบสนองเป็นอย่างไร
	การออกแบบระบบงานเอื้อต่อการทำงานที่ปลอดภัยหรือไม่
	มีนโยบายอะไรที่เป็นอุปสรรคในเรื่องนี้
	วัฒนธรรมองค์กรเป็นอย่างไร

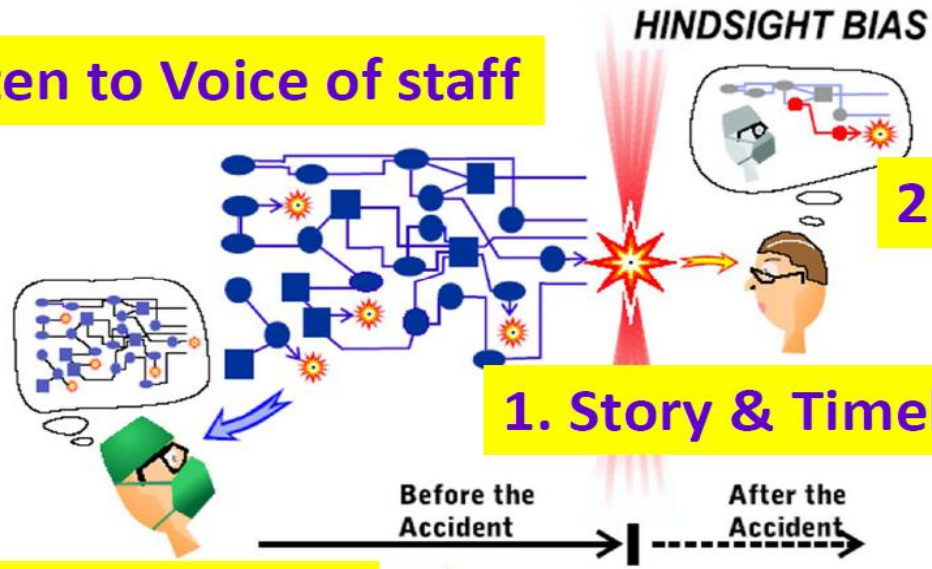
5 Whys – Example 1

	Why?	Because…
1	Why is Tom injured?	…he had a fall
2	Why did he fall?	…the floor was wet
3	Why was the floor wet?	…there was a leaking valve
4	Why was the valve leaking?	…there was a seal failure
5	Why did the seal fail?	…it was not maintained

Root Cause

A continuum of causes

RCA Step 4: สรุปปัจจัยเอื้อหนุน

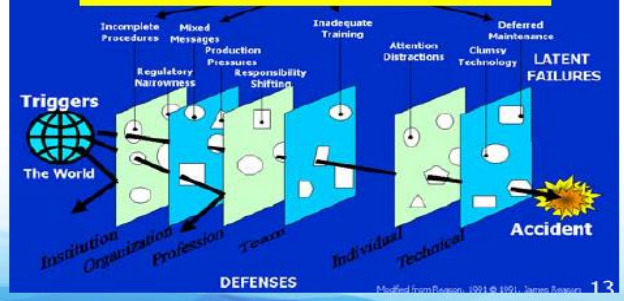


3. Listen to Voice of staff

2. Potential Change

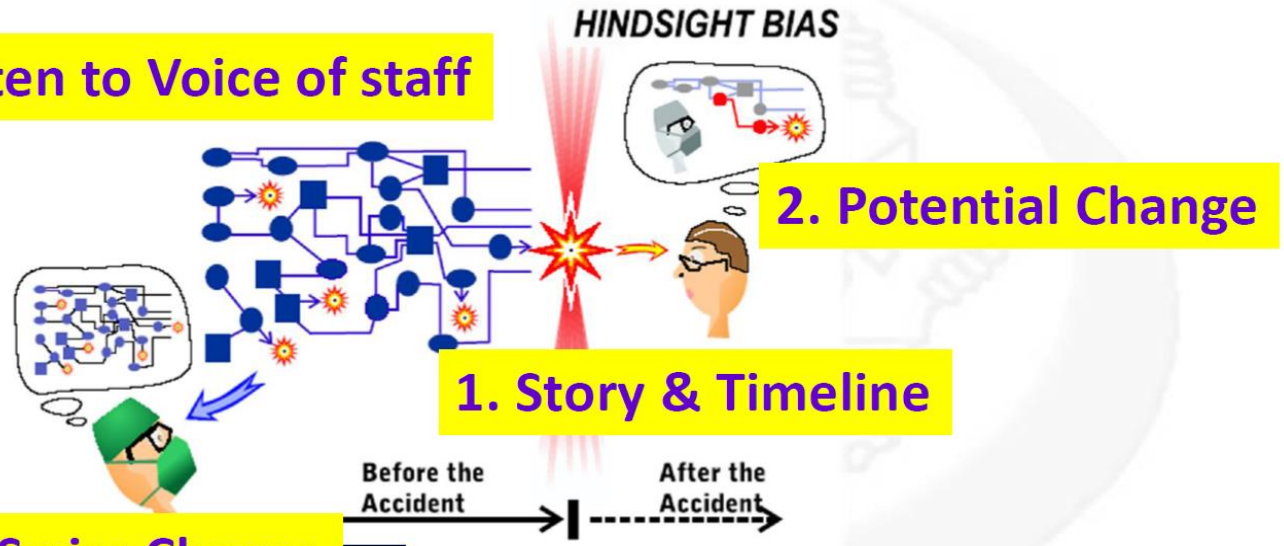
1. Story & Timeline

4. Swiss Cheese



เป็นหน้าที่ของ RCA Facilitator ที่จะประมวลข้อมูลทั้งหมด มาสรุปเป็นปัจจัยเชิงระบบสำหรับแต่ละจุดเปลี่ยน

RCA Step 5 : Creative Solution

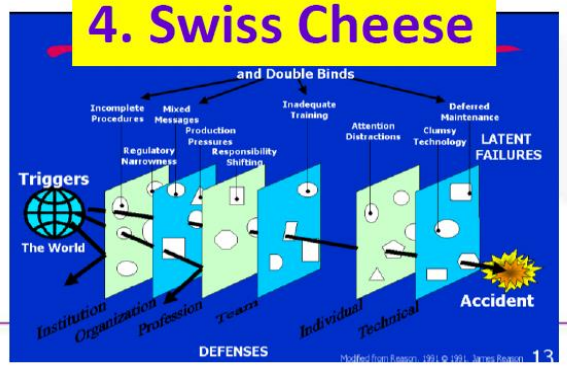


3. Listen to Voice of staff

2. Potential Change

1. Story & Timeline

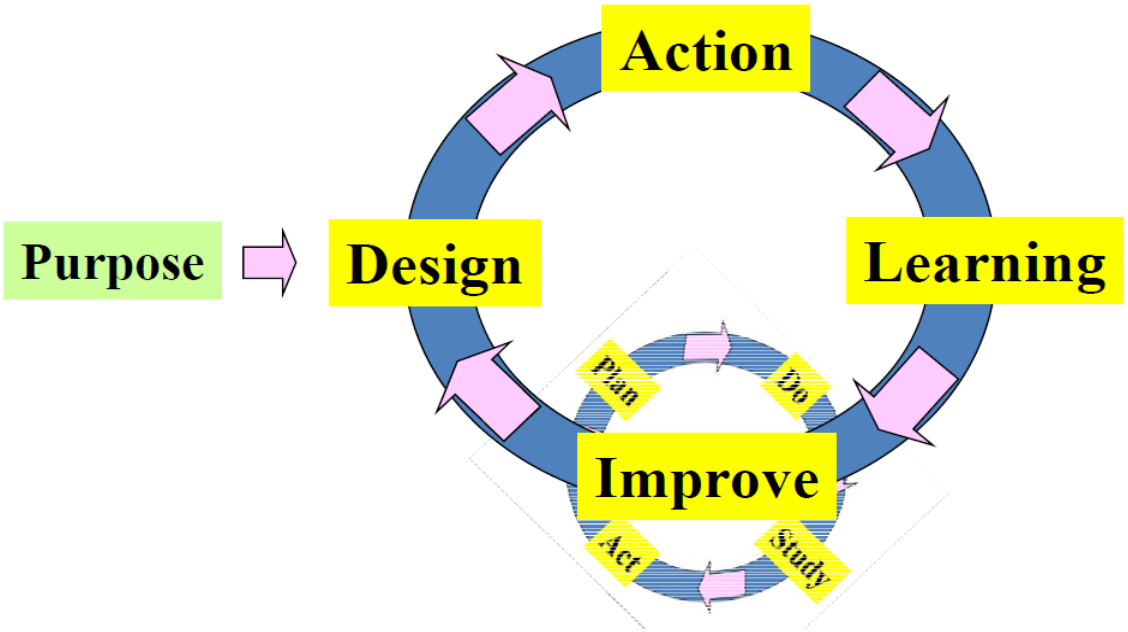
4. Swiss Cheese



5. Creative solution

How to prevent it?
How to make it better?
How to detect it earlier?
How to do it earlier?
How to do it more appropriate?

จากการทบทวนสู่การออกแบบระบบ



ออกแบบกระบวนการบนพื้นฐานความรู้

ใช้ SPA-in-Action ช่วย

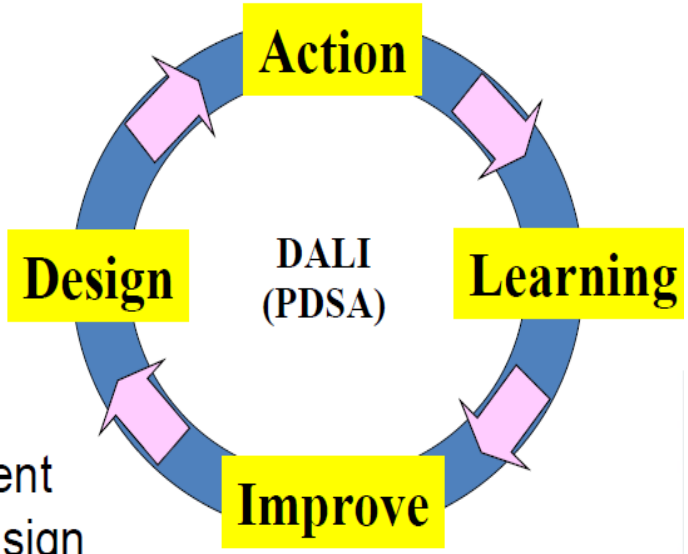
1 ปัญหา กลุ่มเป้าหมาย ขั้นตอน ที่เป็น priorities คืออะไร

2 เรื่องนี้มีความรู้อะไร ที่เรายังไม่ได้นำมาใช้ คนที่ทำได้ดีที่สุดอยู่ที่ไหน

Explicit & Tacit knowledge

3 ใช้หลักการ ออกแบบที่เน้น คน/ผู้ใช้เป็นสำคัญ

Visual management
User-centered design
Human-centered design



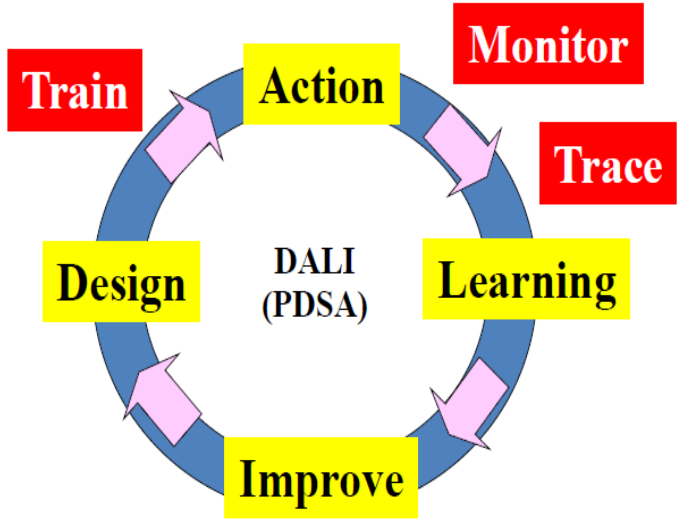
ทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติจริง

ผู้ปฏิบัติรู้จริงใน
สิ่งที่ต้องรู้หรือไม่

มีกลไกอะไรเพื่อรับรู้ว่ามี
การปฏิบัติตามที่กำหนดไว้

แนวทางที่กำหนดไว้
ทำได้จริงหรือไม่

มีการใช้ visual management
เข้ามาช่วยอย่างไร



5.Creative Solution

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

แนวคิดการออกแบบ/การเปลี่ยนแปลง

- Evidence-based/CPG
- Technology
- Organizational knowledge
- Value to patient/customer
- Agility/flexibility
- Safety/Risk-based thinking
- Quality dimension
- Consistency
- Simplicity
- Visual management
- Human factor engineering
- Human-centered design
- Humanized healthcare
- Lean thinking
- Manage variation
- Work environment

Human Factor Engineering

ศึกษาทำความเข้าใจ

ลักษณะของมนุษย์

วิธีการที่มนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับโลกรอบตัว

- การเขียน label
- ระบบสัญญาณเตือน
- ซอฟท์แวร์
- การแสดงผลข้อมูล
- แบบฟอร์ม
- กระบวนการ ขั้นตอนการทำงาน
- สถานที่ทำงาน
- การฝึกอบรม/การเรียนรู้
- เครื่องช่วยการรับรู้ การคิด การตัดสินใจ (cognitive aids)
- ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support systems)
- นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ

ประยุกต์ใช้

ออกแบบระบบที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ สะดวกสบาย

อุปกรณ์
เครื่องมือ
ที่ทำงาน
สถาปัตยกรรม
งาน
กระบวนการ
สิ่งแวดล้อมใน
การทำงาน
ระบบ
คอมพิวเตอร์
แบบฟอร์ม
ฯลฯ

ออกแบบโดยยึดหลัก ยอมรับในข้อจำกัดของคน และใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย

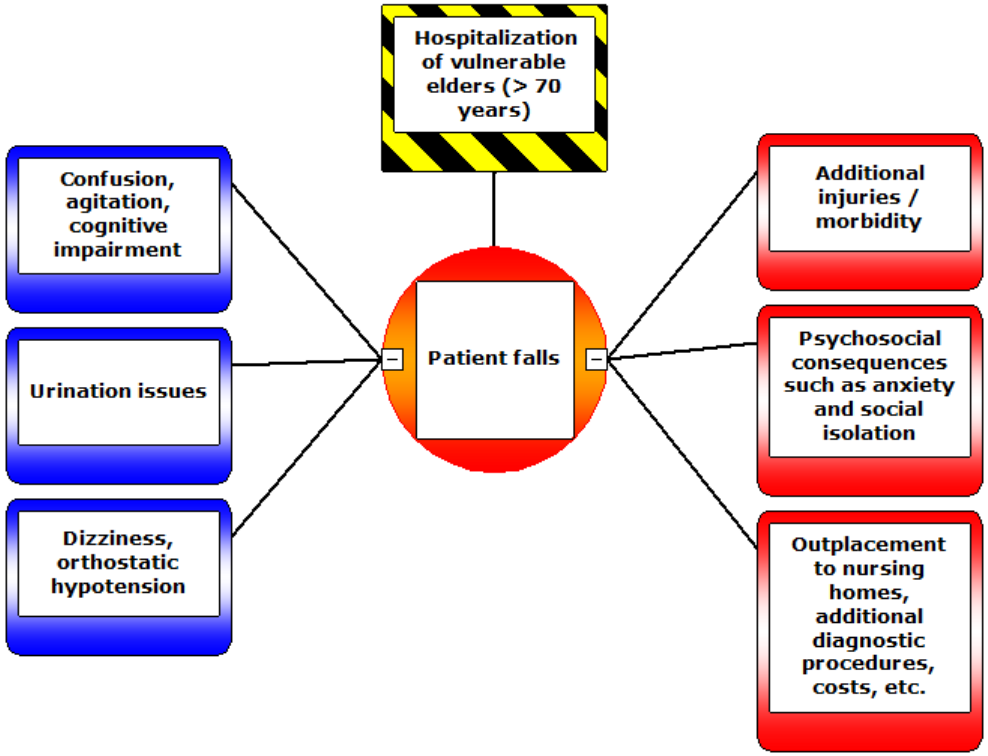
Risk & The Just Culture

Accountability for Our Behaviors

Human Error	At-Risk Behavior	Reckless Behavior
Inadvertent action: slip, lapse, mistake	*A choice: risk not recognized or believed justified*	*Conscious disregard of unreasonable risk*
Manage through changes in:	Manage through:	Manage through:
Processes Procedures Training Design	**R**emoving incentives for At-Risk Behaviors **C**reating incentives for healthy behaviors **I**ncreasing situational awareness	Remedial action Punitive action
Console	**Coach**	**Punish**
Design	**Coach**	**Discipline/Sanction**

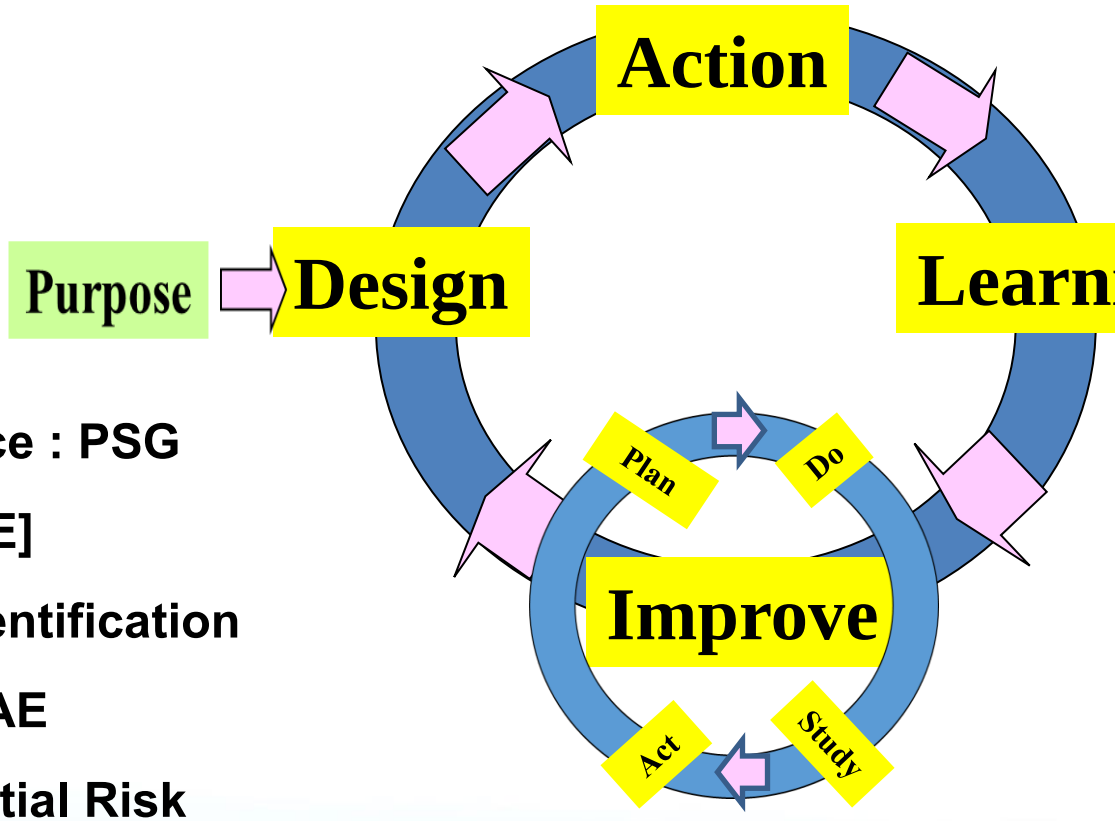
Bow-tie Analysis & Mitigation Plan

Recovery measures
= Mitigation plan
or secondary prevention



Risk Management Process & DALI

Mindfulness



Evidence : PSG

[SIMPLE]

Risk Identification

- **-Past AE**
- **-Potential Risk**

Monitor , Trace

AE Report [by case]

- **Reported AE**
- **Trigger Tool**
- **Informal report**

RCA²

Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm

Version 2. January 2016

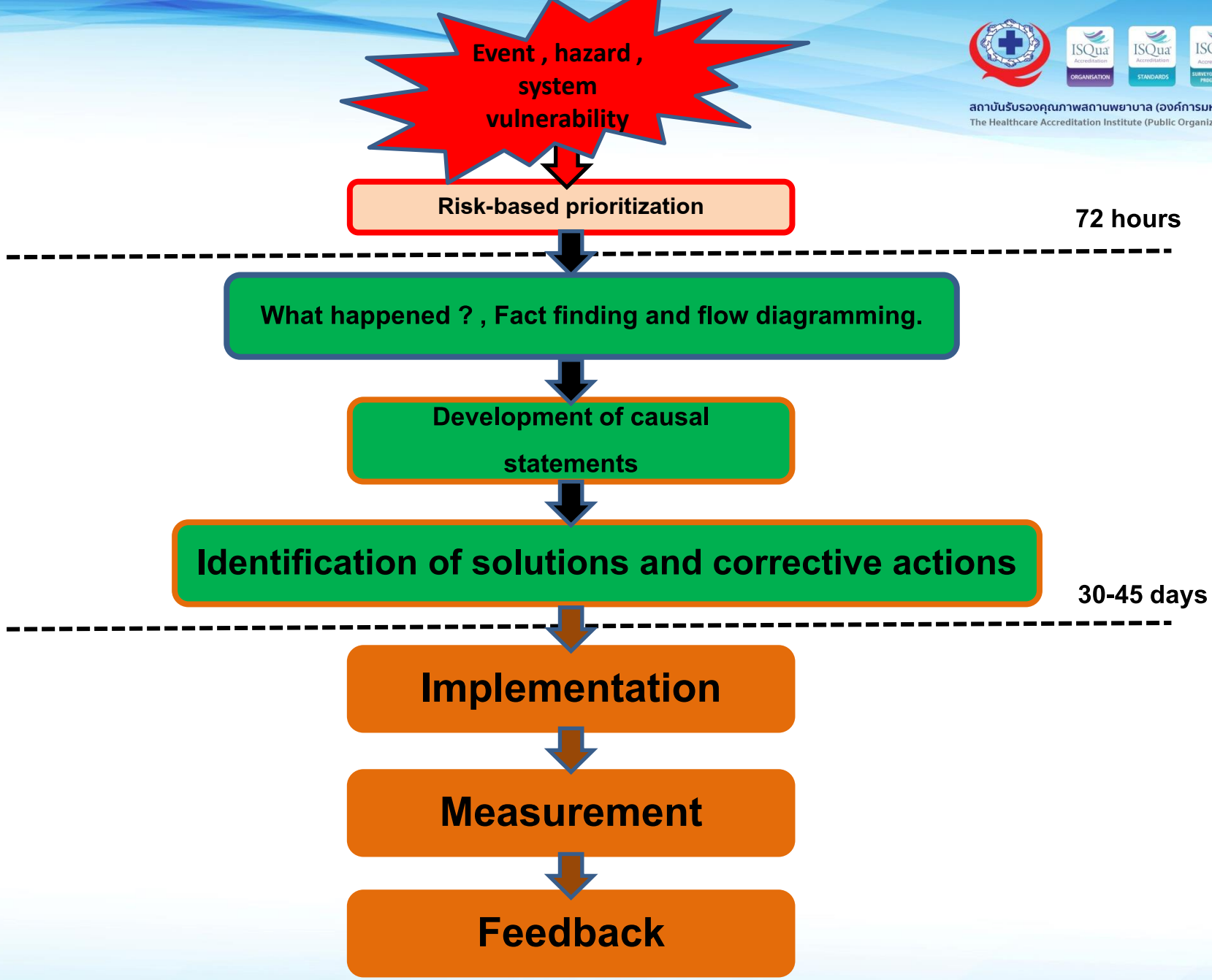
NPSF National Patient Safety Foundation
268 Summer Street | Boston, MA 02210 | 617.391.9900 | www.npsf.org

FROM RCA TO RCA^2

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

RCA → RCA+A → RCA^2

RCA^2 → เน้นการปรับปรุงแก้ไขอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ


Event , hazard , system vulnerability
Risk-based prioritization
72 hours
What happened ? , Fact finding and flow diagramming.
Development of causal statements
Identification of solutions and corrective actions
30-45 days
Implementation
Measurement
Feedback

1

Event , hazard , system vulnerability

THE SAFETY ASSESSMENT CODE (SAC) MATRIX
-Severity
- Probability

Risk-based prioritization

2

What happened ? , Fact finding and flow diagramming.

Development of causal statements.

Identification of solutions and corrective actions.

Action Hierarchy

	Action Category
Stronger Actions (these tasks require less reliance on humans to remember to perform the task correctly)	**Architectural/physical plant changes**
	New devices with usability testing
	Engineering control (forcing function)
	Simplify process
	Standardize on equipment or process
	Tangible involvement by leadership

Action Hierarchy

	Action Category
Intermediate Actions	**Redundancy**
	Increase in staffing/decrease in workload
	Software enhancements , modifications
	Eliminate/reduce distractions
	Education using simulation-based training , with periodic refresher sessions and observations
	Checklist/cognitive aids
	Eliminate look-and sound-alikes
	Standardized communication tools
	Enhanced documentation , communication

Action Hierarchy

	Action Category
Weaker Actions (these tasks require more reliance on humans to remember to perform the task correctly)	**Double checks**
	Warnings
	New procedure/ memorandum/policy
	Training

3

Implementation

↓

Measurement

↓

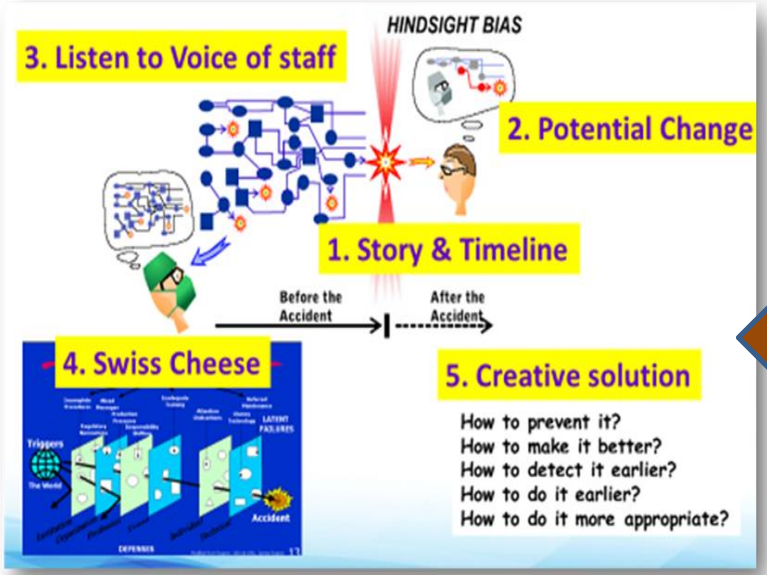
Feedback

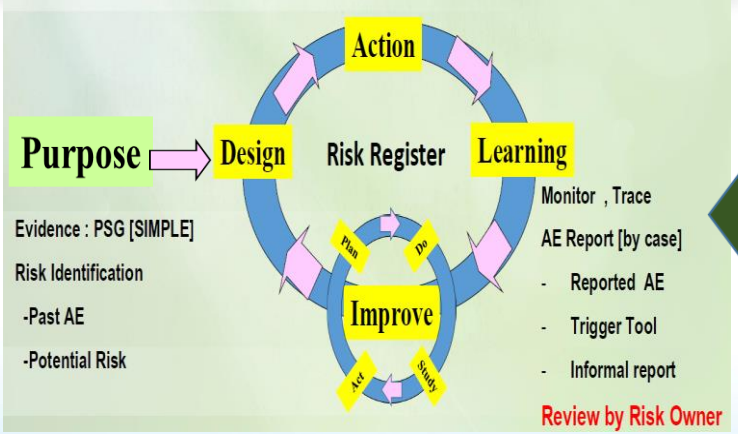
DALI / PDSA กับ
การออกแบบ ปรับปรุงกระบวนการ

Event , hazard , system vulnerability

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

Risk-based prioritization





What happened ? , Fact finding and flow diagramming.

Development of causal statements

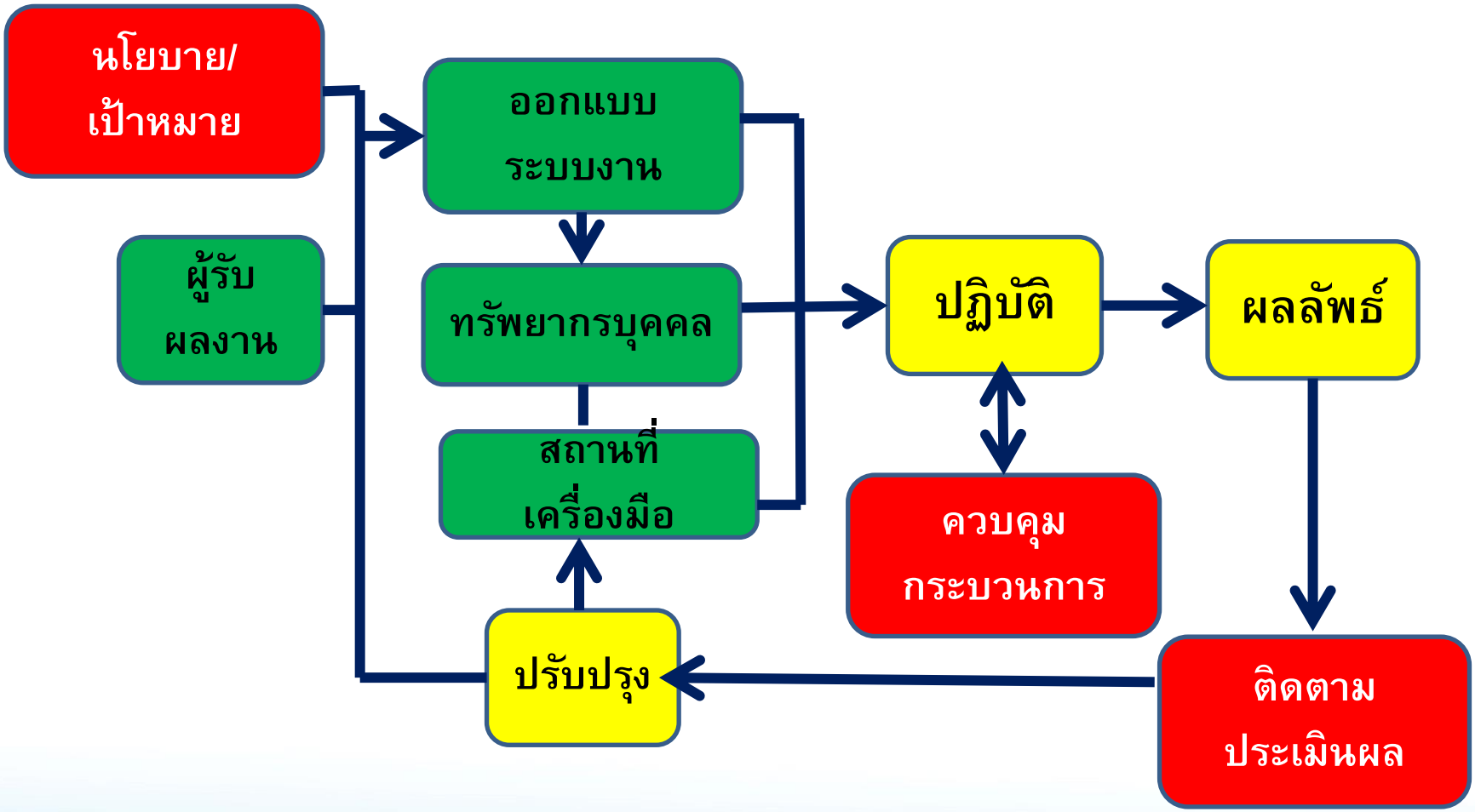
Identification of solutions and corrective actions

Implementation

Measurement

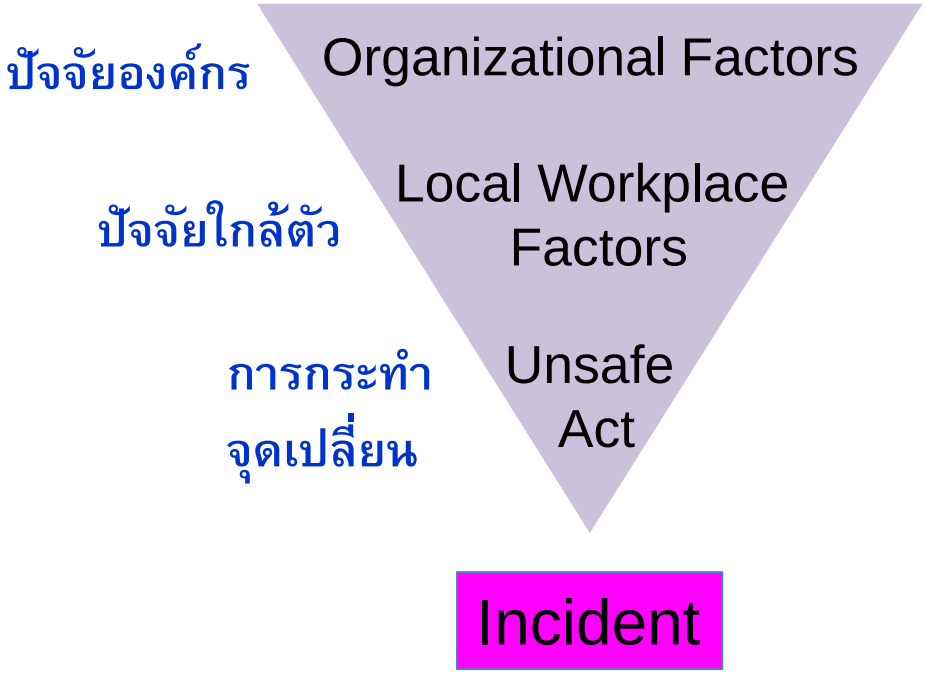
Feedback

จุดอ่อนที่มักจะพบ



Incident & RCA

- แลกเปลี่ยนอุบัติการณ์ที่เคยประสบ
- ระบุอุบัติการณ์
- ระบุผลการทำ RCA



กิจกรรม 1

อุบัติการณ์	**Incident/AE**	
รายละเอียด		
จุดเปลี่ยนการกระทำ/ไม่กระทำ	**Unsafe act**	
ปัจจัยเฉพาะ	**Local workplace factor**	
ปัจจัยองค์กร	**Organization factor**	

กิจกรรม 2 : Root Cause -> Preventive Measures

- ทบทวนว่า รพ.มีมาตรการป้องกันอุบัติการณ์ในเรื่องนั้นไว้อย่างไรบ้าง
- พิจารณาว่ามาตรการดังกล่าวสามารถรับมือกับ root cause ได้หรือไม่
  - ถ้าตอบว่าได้ ทำไมจึงยังเกิดเหตุการณ์
  - ถ้าตอบว่าไม่ได้ จะเพิ่มมาตรการอะไร

กิจกรรม 2

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

อุบัติการณ์	Incident/AE	
รายละเอียด		
จุดเปลี่ยนการกระทำ/ไม่กระทำ	Unsafe act	
ปัจจัยเฉพาะ	Local workplace factor	
ปัจจัยองค์กร	Organization factor	
มาตรการป้องกันที่มีอยู่	Existing preventive measure	
มาตรการใหม่ที่เสนอเพิ่ม	Proposed additional measure	

REVIEW OF THE REVIEWS

กิจกรรม 3 : Review of the Reviews

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

ผลจากการทบทวน สามารถบอกสาเหตุราก / ต้นตอ ?

ผลจากการทบทวน นำไปสู่การปรับปรุงเชิงระบบ ?

ผลจากการทบทวนได้นำไปใช้ ?

นำผลการทบทวนไปใช้แล้ว เป็นอย่างไร ? อะไรดี ? อะไรไม่ดี?

Q
&
A