

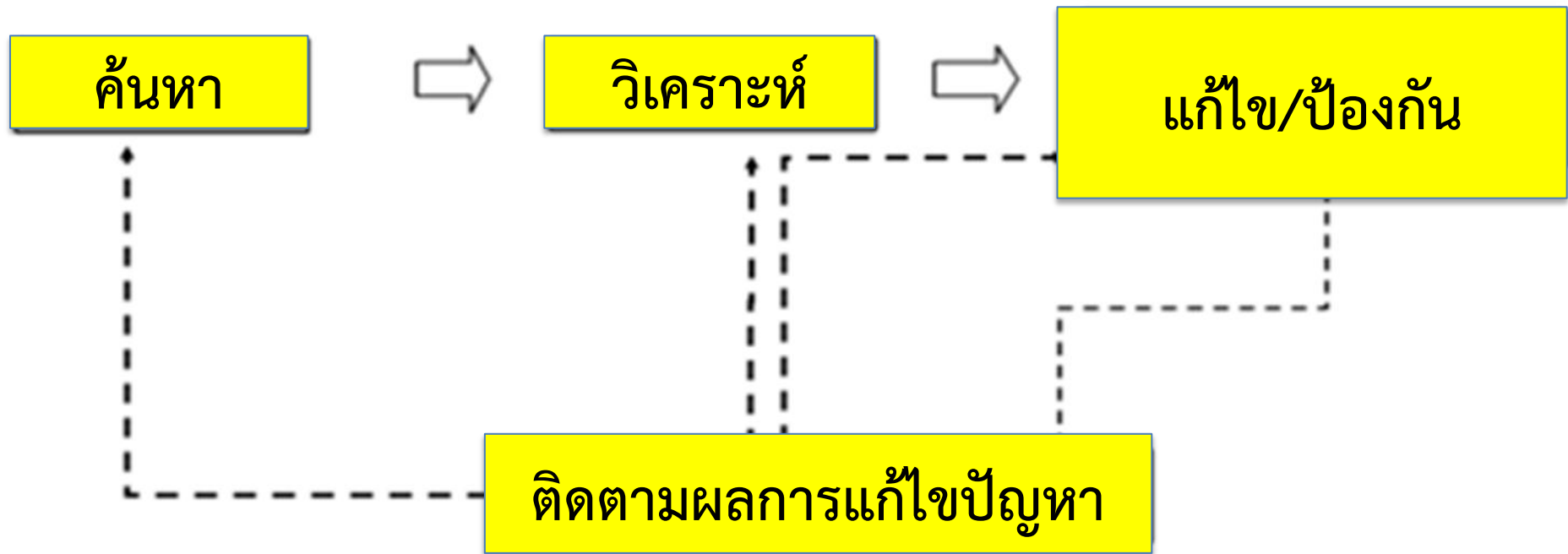
# การบริหารความเสี่ยง



เรียบเรียงจากการอบรมเชิงปฏิบัติการ RM Games Season 1,2

รพ.อุตรดิตถ์ ประจำปี 2560

# แนวทางการบริหารความเสี่ยง



# ความเสี่ยง vs. อุบัติการณ์

## ความเสี่ยง **ยัง**ไม่เกิดความเสียหาย

- โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด บาดเจ็บ หรือสูญเสีย
- โอกาสที่จะเกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์

## อุบัติเหตุ **เกิด**ความเสียหายแล้ว

- เกิดความสูญเสียแล้ว
- เกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์แล้ว

การบริหารความเสี่ยง (รวมกว้างๆ ทั้งความเสี่ยงและอุบัติเหตุ)

ตัวอย่างเหตุการณ์  
ความเสี่ยง vs อุบัติการณ์

# ความเสี่ยง vs อุบัติการณ์



มีหลุมบนถนน  
แต่ไม่มีคนตกหลุม

ความเสี่ยง



มีหลุมบนถนน  
มีคนที่ตกหลุมแล้ว

อุบัติเหตุ

ความเสี่ยง VS

เครื่องบินเก่า

ไม่ได้ผ่านการซ่อมบำรุง



อุบัติเหตุการณ์

เครื่องบินตก

จากเครื่องยนต์ชำรุด



# ความเสี่ยง

วางเครื่องแฟกซ์กับเครื่องทำลายเอกสารไว้ใกล้กัน



# อุบัติเหตุการณ์

นำเอกสารที่จะส่ง FAX เข้าเครื่องทำลายเอกสาร  
ทำให้เอกสารโดนทำลาย

หน้า  
มิด.คคค





# ความเสี่ยง

ใจเรียงเลือดกรุ๊ป A

อู๊ย...  
เลือดผิดกรุ๊ป



ขณะกำลังจะให้เลือดนางสาวใจเรียง

พยาบาลพบว่านำถุงเลือดมาผิดกรุ๊ป เลยยังไม่ได้ให้เลือด

# อุบัติเหตุการณ์

นางสาวเรียงใจ  
เลือดกรุ๊ป B



นางสาวเรียงใจ เลือดกรุ๊ป B  
แต่ได้เลือดกรุ๊ป A ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

# คูละครแล้วย้อนดูตัว ความเสี่ยงและ**อุบัติเหตุ**ในชีวิต



# ยอมให้แฟนเก่าของสามีเข้ามาพักในบ้าน



ความเสี่ยง

# สุดท้าย เพื่อนเราเผาเรือน

เกิดอุบัติเหตุการณ์แล้วค่ะ



ความเสี่ยง vs อุบัติการณ์

ป้องกัน vs แก้ไข

ป้องกันก่อนจะเกิด

ความสูญเสีย

ล้อมคอก ก่อนวัวหาย



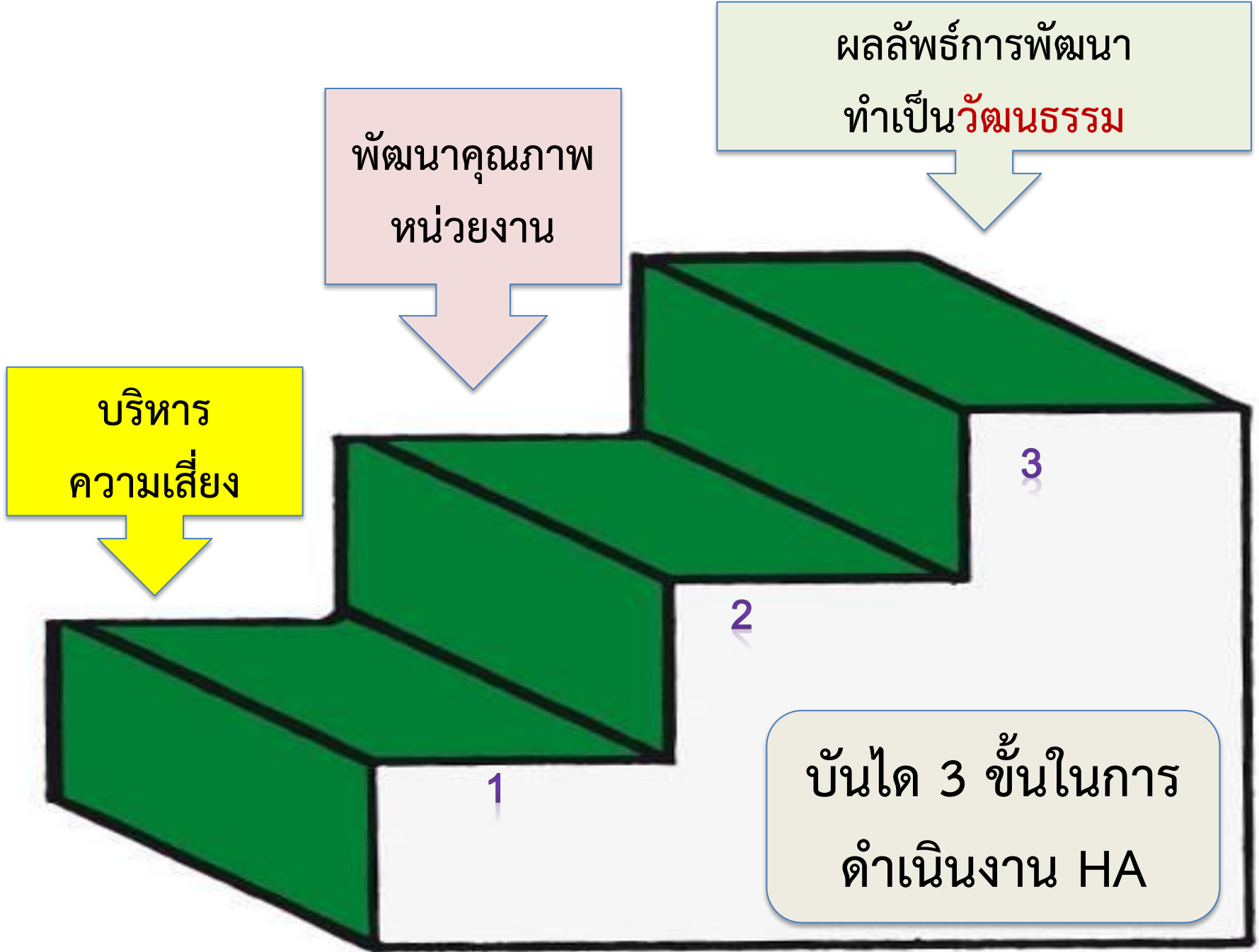
การบริหารความเสี่ยงขั้นต้น



บริหารความเสี่ยงชั้นธรรมดา : จัดการความเสี่ยงเมื่อเกิดอุบัติการณ์แล้ว (เชิงรับ)

บริหารความเสี่ยงชั้นสูง : จัดการความเสี่ยงก่อนเกิดอุบัติการณ์ (เชิงรุก)





# ความเสี่ยงของ รพ.อุตรดิตถ์ แบ่งเป็น

1. ความเสี่ยงด้านคลินิก 9 ระดับ

A B C D E F G H I

2. ความเสี่ยงด้านไม่ใช่คลินิก 4 ระดับ

1 2 3 4

# ระดับความรุนแรงของความเสียหาย รพ.อุตรดิตถ์

ความเสี่ยงด้านคลินิก	ความเสี่ยงด้านไม่ใช่คลินิก
ระดับ A ยังไม่เกิด แต่มีโอกาสผิดพลาด	ระดับ 1 ยังไม่เกิดแต่มีโอกาสผิดพลาด / เหตุรำคาญ
ระดับ B เกิดขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย	ระดับ 2 เสียหายเล็กน้อย / น้อยกว่า 20,000 บาท
ระดับ C ถึงตัวผู้ป่วย แต่ไม่มีอันตราย	ระดับ 3 เสียหายปานกลาง / 20,000 - 100,000 บาท
ระดับ D ต้องคอยเฝ้าระวังเป็นพิเศษ	ระดับ 4 เสียหายรุนแรง / ตั้งแต่ 100,000 บาท
ระดับ E ต้องการบำบัดรักษา	
ระดับ F ต้อง admit/นอน รพ. นานขึ้น	
ระดับ G เกิดความพิการถาวร	
ระดับ H ต้องช่วยชีวิต/เข้ารับการผ่าตัด	
ระดับ I เสียชีวิต	

**Sentinel Events**

(เหตุการณ์ร้ายแรง)

ก่อให้เกิดความเสียหายรุนแรง

ต่อชีวิต ทรัพย์สิน องค์กร ชื่อเสียงองค์กร

# ความเสี่ยงด้านคลินิก 9 ระดับ

# ตัวอย่าง

A ยังไม่เกิด แต่มีโอกาสผิดพลาด

เม็ดยาสี/ขนาดใกล้เคียงกัน วางอยู่ใกล้กัน

B เกิดขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย

หยิบเม็ดยาผิด แต่รู้ก่อนให้คนไข้

C ถึงตัวผู้ป่วย แต่ไม่มีอันตราย

ให้ยาคนไข้ผิด แต่เป็นยาบ้ำรุง

D ต้องคอยเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

ให้ยาคนไข้ผิด แต่ยังไม่มีอาการผิดปกติ  
เฝ้าระวังอาการไปก่อน

E ต้องการบำบัดรักษา

ให้ยาผิดแล้วเกิดผื่น ต้องให้ยาแก้แพ้

F ต้อง admit / นอน รพ. นานขึ้น

ให้ยาผิดแล้วมีอาการแพ้รุนแรง  
ต้องย้ายจากวอร์ดสามัญไปนอนห้อง ICU

G เกิดความพิการถาวร

ได้ยาผิดแล้วสูญเสียการได้ยินถาวร

H ต้องช่วยชีวิต/เข้ารับการผ่าตัด

ได้ยาผิดแล้วแพ้รุนแรงมาก ต้อง CPR

I เสียชีวิต

ระดับความรุนแรงความเสี่ยงด้านไม่ใช่คลินิกพ.อุตรดิตถ์  
(ปรับปรุงใหม่ เดือนสิงหาคม 2560)

ระดับ	ความรุนแรง
1	ยังไม่เกิดเหตุ/เหตุรำคาญ
2	ความเสียหาย < 20,000 บาท
3	ความเสียหาย 20,000 - 100,000 บาท
4	ความเสียหาย > 100,000 บาท
* Sentinel Events	ก่อให้เกิดความเสียหายรุนแรง ต่อชีวิต ทรัพย์สิน องค์กร ชื่อเสียงองค์กร

# ตัวอย่าง ความเสี่ยงด้านไม่ใช่คลินิก (Non clinic)

- เกษียนหนังสือผิด เวียนหนังสือผิด
- คิดค่าใช้จ่ายผิด เบิกจ่ายผิด เบิกจ่ายล่าช้า
- ลงสิทธิ์การรักษาผิด คีย์ข้อมูลผิดพลาด
- คอมพิวเตอร์เสีย
- ระบบสารสนเทศติดขัด ไม่ทำงาน

- อุปกรณ์เสีย ไม่ครบ ไม่ทันเวลา ไม่พอใช้
- สิ่งของสูญหาย
- ไฟไหม้ ท่อน้ำแตก แก๊สรั่ว
- เพดานรั่ว น้ำซึม น้ำท่วม
- อุบัติเหตุ เช่น รถชนกันในโรงพยาบาล
- การทะเลาะวิวาท มาตกรรม

# Sentinel Events (เหตุการณ์ร้ายแรง)

- เหตุการณ์ที่ต้องจัดการอย่างเร่งด่วนที่สุด
- รายงานหัวหน้าหน่วยงาน**ทันที**
- หัวหน้าหน่วยงานรายงานผู้อำนวยการ**ทันที**
- แต่ละโรงพยาบาลมีการกำหนด Sentinel Events ของตนเอง (เปลี่ยนแปลงได้ตามบริบทของรพ.)
  - Sentinel Events ด้านคลินิก 6 ลักษณะ
  - Sentinel Events ด้านไม่ใช่คลินิก 3 ลักษณะ



# ความเสี่ยงร้ายแรงด้านคลินิก 6 ลักษณะ

## 1. การเสียชีวิต

จากการฆ่าตัวตาย (Suicide of patient), ตายจากการให้เลือด ผิดหมู่ ผิดคน (Death by transfusion error) และการเสียชีวิตที่ไม่เกี่ยวกับการดำเนินของโรคหรือการเจ็บป่วยในขณะนั้น

2. การได้รับผลกระทบหรือความเสียหายอาจถึงกับพิการ อันเนื่องมาจากความคลาดเคลื่อนของอุปกรณ์ / เครื่องมือแพทย์ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ / กระบวนการรักษาในโรงพยาบาล (เช่น การผ่าตัด / หัตถการต่างๆ, Fall, Restraint, Medication error, Delay treatment)

# ความเสี่ยงร้ายแรงด้านคลินิก 6 ลักษณะ

3. การผ่าตัดผิดตำแหน่ง / ผิดประเภท / ผ่าตัดผิดคน

(Wrong site, wrong procedure surgery, wrong patient )

4. การทำร้ายร่างกาย / ข่มขืนหรือล่วงเกินทางเพศ / ฆาตกรรม  
ในโรงพยาบาล (Assault / Rape / Homicide)

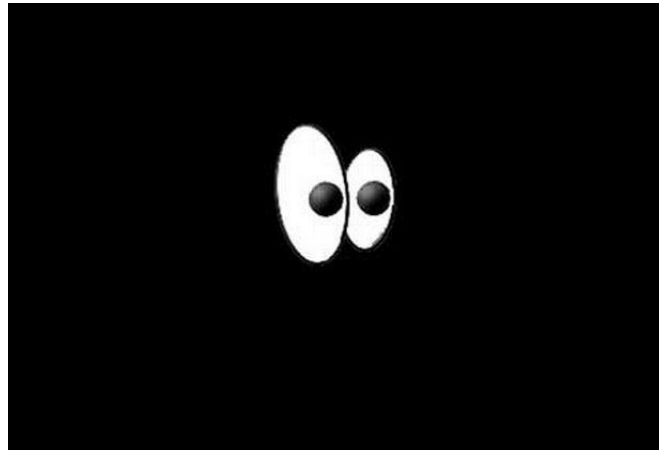
5. การลักพาตัวทารก (Infant Abduct) / การส่งมอบทารก  
ผิดครอบครัว (Infant who was sent home with the wrong  
parents)

6. การออกนอกโรงพยาบาลของผู้ป่วยโดยที่ไม่สามารถติดตามได้

# ความเสี่ยงร้ายแรงด้านไม่ใช่คลินิก 3 ลักษณะ

1. เกิดเพลิงไหม้ในโรงพยาบาลโดยไม่สามารถระงับเหตุเบื้องต้นและประกาศใช้แผน 199
2. ไฟดับและแก้ไขไม่ได้ ภายใน 1 ชั่วโมง\* (เฉพาะพื้นที่ที่มีเครื่องปั่นไฟ)
  - ตักออุบัติเหตุ 7 ชั้น
  - RCU, ICU SURG, ICU MED, CCU, NICU
  - ลิฟท์อายุรกรรม
3. ระบบคอมพิวเตอร์งานหลักหยุดชะงักเกิน 6 ชั่วโมง

# 2 ไฟ + 1 คอมพ์



199

1 ชั่วโมง\*

6 ชั่วโมง

Sentinel Events เปลี่ยนแปลงได้ตามบริบท ร.พ.

ความเสี่ยงบางเรื่องมีความเกี่ยวเนื่องกัน

ทั้งคลินิกและไม่ใช้คลินิก

ความสำคัญไม่ได้อยู่ที่ว่าจะต้องแยกความเสี่ยงด้านคลินิก  
หรือด้านไม่ใช้คลินิกออกจากกันได้ทุกครั้ง

ความสำคัญอยู่ที่

- เรา<sup>รู้</sup>ว่ามีปัญหาเกิดขึ้น
- <sup>รู้</sup>ว่ามีใคร/หน่วยงานใดเกี่ยวข้อง/ต้องแก้ไขปัญหาแบบทีม  
คร่อมสายงาน
- หาเจ้าภาพให้ได้ (เป็นแม่งานดำเนินการแก้ไขปัญหา)\*

การค้นหาความเสี่ยง**เชิงรับ**  
(เกิดเหตุการณ์แล้ว)



การค้นหาความเสี่ยง**เชิงรุก**  
(ซุกซ่อนแต่ยังไม่เกิด)



# วิธี/เครื่องมือ ในการค้นหาความเสี่ยงจาก การทำงานประจำ



- กิจกรรมทบทวนต่างๆ

- การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย

- ทบทวนการส่งต่อ ขอย้าย ปฏิเสธการรักษา

- การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า

- การเฝ้าระวังการติดเชื้อ

- เหตุการณ์สำคัญ

- การคลาดเคลื่อนทางยา

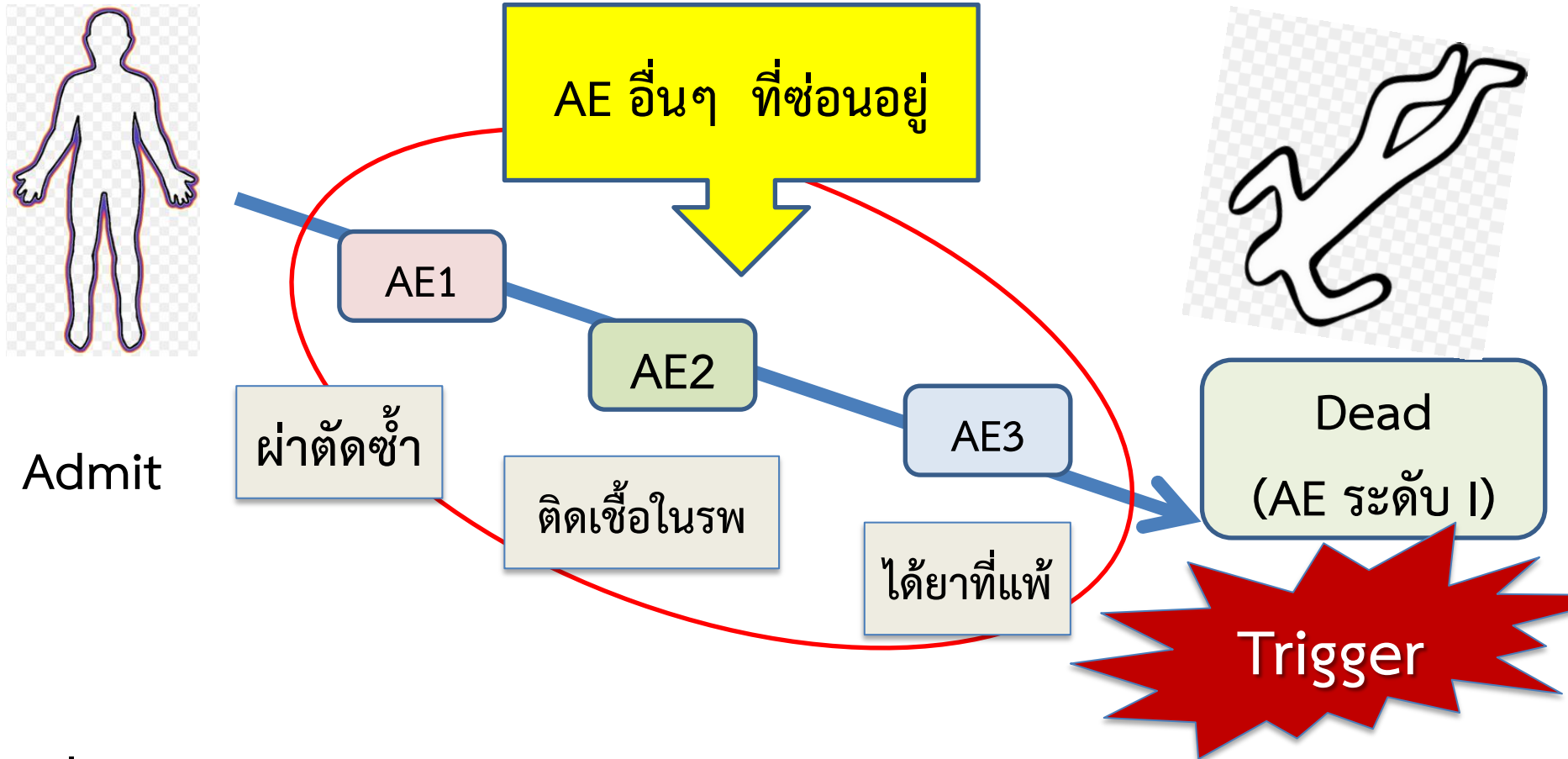
- การใช้ทรัพยากร ติดตามตัวชี้วัด การทบทวนวิชาการ





- การดูหน้างาน สังเกตสิ่งแวดล้อม
- ระดมสมองค้นหาช่องโหว่ในการทำงาน/ระบบงาน/  
แผนงาน
- พูดคุยแลกเปลี่ยนในงาน / ผู้อื่น
- การให้สัมภาษณ์
- คำร้องเรียน
- LINE / Facebook
- Clinical tracer, Trigger tools
- การเรียนรู้จากข่าวสารบ้านเมืองเกี่ยวกับความเสี่ยง

# การใช้ **Trigger tool** เพื่อหา อุบัติการณ์ (AE) ที่ซ่อนอยู่



เริ่มจากทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเสียชีวิต (ใช้ Dead เป็น Trigger tool)  
นำไปสู่การค้นหา AE ซุกซ่อนอื่นๆ ที่นำไปสู่การ dead ของผู้ป่วย

# ตัวอย่าง Trigger เพื่อหา Adverse Event (AE)

แหล่งข้อมูล	รหัส	ตัวส่งสัญญาณ (Trigger)
ระบบเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก (Anesthesia)	A1	ผู้ป่วยที่ประสบภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกซึ่งมีความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป
	A2	ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด
	A3	ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ ET tube ใน RR
ห้องเลือด (Blood bank)	B1	ผู้ป่วยที่ได้รับ massive transfusion
	B2	ผู้ป่วยที่มีอาการหรือสงสัยว่าจะมีการแพ้เลือด/ส่วนประกอบของเลือด
การดูแลผู้ป่วยวิกฤติ (Critical Care)	C1	ผู้ป่วยที่ย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน
	C2	ผู้ป่วยที่มี cardiac arrest หรือ pulmonary arrest และช่วยชีวิตรอด
ระบบเฝ้าระวังการใช้ยา (Drug)	D1	ผู้ป่วยที่มี ADE หรือสงสัยว่าจะมี ADE และมีความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป
ห้องฉุกเฉิน (Emergency care)	E1	ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำที่ ER โดยมีได้นัดหมายภายใน 48 ชั่วโมง แล้วได้รับการรับไว้ในโรงพยาบาล





แหล่งข้อมูล	รหัส	ตัวส่งสัญญาณ (Trigger)
ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (Surgical care)	S1	ผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะระหว่างผ่าตัด หรือต้องถูกตัดอวัยวะ
	S2	ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้มีการวางแผน
	S3	ผู้ป่วยที่ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นปกติหรือไม่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด
	S4	ผู้ป่วยที่มีภาวะ <b>acute MI</b> ระหว่างผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด
	S5	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนานเกินกว่า 6 ชั่วโมง
	S6	ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแตกต่างไปจากที่วางแผนไว้
	S7	ผู้ป่วยที่สงสัยว่ามี <b>retained foreign body</b>
	S8	ผู้ป่วยที่ต้องรับไว้ใน <b>ICU</b> หลังการผ่าตัดโดยไม่ได้วางแผน
ระบบส่งต่อ (Transfer)	T1	ผู้ป่วยในที่ได้รับการส่งต่อไปดูแลในระดับที่สูงขึ้น
	T2	ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการส่งต่อไปดูแลภาวะความเจ็บป่วยทางกาย และ/หรือ เสียชีวิตหลังการส่งต่อ





แหล่งข้อมูล	รหัส	ตัวส่งสัญญาณ (Trigger)
รายงานพยาบาลเวรตรวจการ (Nurse)	N1	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจมีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป
ระบบเฝ้าระวังมารดาและทารกแรกเกิด (Obstetrics)	O1	มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด (เช่น <b>severe pre-eclampsia / eclampsia, PPH, obstructed labor, 3<sup>rd</sup> or 4<sup>th</sup> degree laceration</b> )
	O2	ทารกแรกเกิดที่มี <b>APGAR score &lt; 7</b> ที่ 5 นาที
ระบบรายงานอุบัติการณ์ (Incident report)	R1	การพลัดตกหกล้ม
	R2	แผลกดทับ
	R3	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ หรือพยายามฆ่าตัวตาย



พบความเสียงเยอะเลย  
จะรายงานทางไหน  
ได้บ้าง

ช่องทางรายงานความเสียง  
ของรพ.อุตรดิตถ์



# QR Code



## รายงานความเสี่ยง & กิจกรรมทบทวน

บริหารด้วยใจ สร้างความปลอดภัย ใต้คุณภาพ

คลิกดูรายงานความเสี่ยง Website โรงพยาบาลอุดรดิตถ์  
[www.uttaradit-hosp.go.th/utth\\_ha/index](http://www.uttaradit-hosp.go.th/utth_ha/index)



### วิธีการเข้าถึงหน้าเว็บรายงาน

- วิธีที่ 1. เปิดคอมพิวเตอร์ > เปิดโปรแกรม Chrome/Firefox > กรอกลิงค์ข้างต้น
- วิธีที่ 2. เปิด LINE > ไปที่ "เพิ่มเพื่อน" > QR code > สแกน
- วิธีที่ 3. เปิดใช้งานเว็บไซต์ผ่าน Smart Phone > Search google "รพ.อุดรดิตถ์" > เข้าหน้า Website โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ คลิกแถบรายงานความเสี่ยง

ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โทร 1166

# LINE@



จติตะวัน

2 ส.ค. 11:22

Link การรายงานความเสี่ยง (version 3) เริ่มใช้ 1 สด.60  
ด้านที่ 1 ด้าน Lab/ X-ray <https://goo.gl/forms/YnSNic7XxKu8VD3H3>  
ด้านที่ 2 ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย <https://goo.gl/forms/tPp04q1TdxsQ1VzE3>  
ด้านที่ 3 ด้านยา <https://goo.gl/forms/xYnRKnMD6YPJU642>  
ด้านที่ 4 ด้าน IC <https://goo.gl/forms/8mJTag6zND2cQaV73>  
ด้านที่ 5 การพยาบาล <https://goo.gl/forms/M2ZLB719npjLI92F2>  
ด้านที่ 6 การรักษา (แพทย์ และทันตแพทย์) <https://goo.gl/forms/M...ดูเพิ่มเติม>





แบบรายงานความ  
เสี่งด้านการรักษา  
/ การพยาบาล โรงพยาบาล  
อุดรดิตถ์

แบบรายงานความ  
เสี่งด้านการรักษา  
/ การพยาบาล โรงพยาบาล  
อุดรดิตถ์

แบบรายงานความ  
เสี่งด้านการรักษา  
/ การพยาบาล โรงพยาบาล  
อุดรดิตถ์

แบบรายงาน  
ความเสี่งด้าน  
การรักษา / การ  
พยาบาล โรงพยาบาล  
อุดรดิตถ์

แบบรายงานความ  
เสี่งด้านการรักษา  
/ การพยาบาล โรงพยาบาล  
อุดรดิตถ์

แบบรายงานความ  
เสี่งด้านการ  
รักษา / การ  
พยาบาล โรงพยาบาล  
อุดรดิตถ์

แบบรายงานความ  
เสี่งด้านการรักษา  
/ การพยาบาล โรงพยาบาล  
อุดรดิตถ์

แบบรายงานความ  
เสี่งด้านการรักษา  
/ การพยาบาล โรงพยาบาล  
อุดรดิตถ์

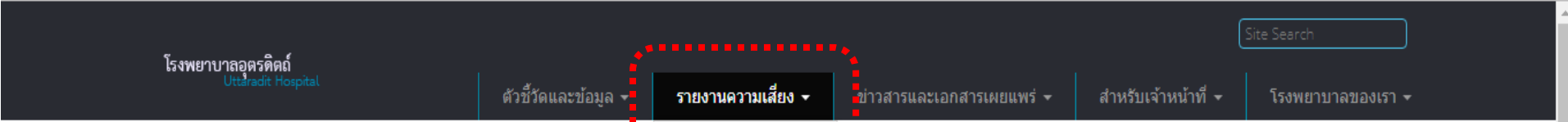
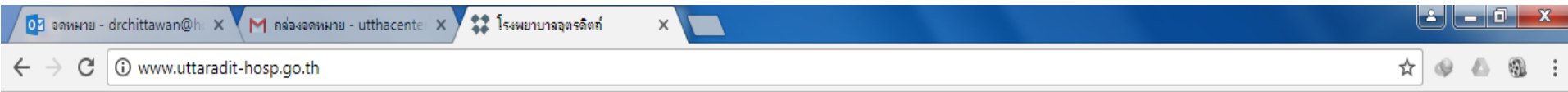
แบบรายงานความ  
เสี่งด้านการรักษา  
/ การพยาบาล โรงพยาบาล  
อุดรดิตถ์

แบบรายงานความ  
เสี่งด้านการรักษา  
/ การพยาบาล โรงพยาบาล  
อุดรดิตถ์



# www.uttaradit-hosp.go.th

# Website



ทรงพระเจริญ

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อม ขอเดชะ

ข้าพระพุทธเจ้า ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่  
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

อัตลักษณ์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

- บริการดี เราจะบริการด้วยใจ
- สามัคคี เราจะทำงานเป็นทีม มีน้ำใจช่วยเหลือกันทั้งในและนอกหน่วยงาน
- ซื่อสัตย์ เราจะไม่เบียดเบียนและทุจริตต่อโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

เปิดรับฟังความคิดเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่...) พ.ศ. .... กำหนดรับฟังความคิดเห็นระหว่างวันที่ ๒ - ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๐

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ประกาศเจตนารมณ์ต่อต้านการทุจริต ภายใต้แนวคิด "สุจริตตามรอยพ่อ ขอบฟ้าดีเพื่อแผ่นดิน"



ระบบสารสนเทศสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- I. Lab Online
- II. SMARTH
- III. ประกาศราคากลางยา

รายงานความเสี่ยง

Link รายงานความเสี่ยง

- ด้านที่ 1 ด้าน Lab/ X-ray
- ด้านที่ 2 ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
- ด้านที่ 3 ด้านยา
- ด้านที่ 4 ด้าน IC
- ด้านที่ 5 การพยาบาล
- ด้านที่ 6 การรักษา
- ด้านที่ 7 ไม่ใช่คลินิก (เหตุการณ์ไม่ส่งผลทางคลินิก)
- กิจกรรมทบทวน
- ขั้ร่องเรียน
- เหตุการณ์ร้ายแรง (Sentinel Event)

# Link รายงานความเสี่ยง

[ด้านที่ 1 ด้าน Lab/ X-ray](#)

[ด้านที่ 2 ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย](#)

[ด้านที่ 3 ด้านยา](#)

[ด้านที่ 4 ด้าน IC](#)

[ด้านที่ 5 การพยาบาล](#)

[ด้านที่ 6 การรักษา](#)

[ด้านที่ 7 ไม่ใช่คลินิก \(เหตุการณ์ไม่ส่งผลทางคลินิก\)](#)

[กิจกรรมทบทวน](#)

[ข้อร้องเรียน](#)

[เหตุการณ์ร้ายแรง \(Sentinel Event\)](#)

# สามารถอัปโหลดภาพประกอบได้แล้ว

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

แทรกไฟล์

อัปโหลด

ไดรฟ์ของฉัน

เลือกไว้ก่อนหน้านี้

ลากไฟล์มาที่นี่

— หรือ —

เลือกไฟล์จากคอมพิวเตอร์ของคุณ

2

อัปโหลด

ยกเลิก

ระบบจะส่งสำเนาของไฟล์ที่เลือก เมื่อส่งแล้ว จะไม่สามารถแก้ไขหรือนำไฟล์ออกได้

# ข้อควรระวัง กรอกอีเมลผิด!!!

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd55Y0wk99dPBUxkv2Xmuyz9yd204SMWRGvPuUMAEkdzak3Mw/viewform>

Download แบบฟอร์มการทำ RCA ได้ที่  
<https://drive.google.com/open?id=0B6ehJ7BPJVKkZmlnRINPVmE2MkU>

หากต้องการการตอบกลับกรุณากรอก E-mail ของท่าน (หากพิมพ์  
เปลี่ยนภาษาให้กดลบหลายๆครั้งเพื่อป้องกันสระภาษาไทยที่ค้างอยู่  
ในระบบ จะทำให้เกิดปัญหาในการตอบกลับ)

E-mail

คำตอบของคุณ

ส่ง

ห้ามส่งรหัสผ่านใน Google ฟอร์ม

# ข้อควรระวัง กรอกอีเมลผิด!!!



ไม่พบที่อยู่

1. กรอกอีเมลผิด
2. พิมพ์สระภาษาไทยลงไป



ไม่พบที่อยู่

หากพิมพ์เปลี่ยนภาษา ให้กดลบหลายๆ ครั้ง เพื่อป้องกันสระภาษาไทยที่ค้างอยู่ในระบบ จะทำให้เกิดปัญหาในการตอบกลับ

15. E-mail ของท่าน :

ไปยัง riek [redacted] @gmail.com  
โปรดตรวจสอบการสะกดผิดหรือการเว้น

risk  
ไม่สามารถส่งข้อความของคุณไปยัง  
[redacted] @g.mail.com  
โปรดกร [redacted] @mail.com

ไม่สามารถส่งข้อความของคุณไปยัง à, mu [redacted] e@gmail.com  
ตรวจสอบการสะกดผิดหรือการเว้น

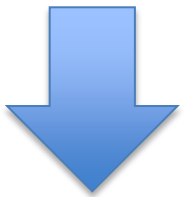
สระภาษาไทย  
ง à'CEr [redacted] @gmail.com  
ตรวจสอบการสะกดผิดหรือการเว้น

[redacted] @gmail.com

กรอก E-mail ผิด



Google รายงานเตือนว่า  
เป็น spam (เมลก่อกวน)



Google บล็อกการเข้าใช้งาน  
และการส่ง mail ทั้งหมด!!!!

# 404 Error

Looking for something at ArtThug.com?  
The page you tried was not found. You may  
have used an outdated link or may have  
typed the address (URL) incorrectly.



# ข้อควรระวัง กรอกอีเมลผิด!!!

ภายในระยะเวลา 1 ส.ค. – 18 ก.ย. 60 (48 วัน)

- มีการรายงานความเสี่ยง ทั้งสิ้น 3,654 ครั้ง
- กรอกอีเมลผิดไปแล้ว 49 ครั้ง (ประมาณ 30 ครั้ง/เดือน)
- เดิม เมื่อครั้งก่อน กรอกอีเมลผิดไป 295 ครั้ง / 8 เดือน  
(เฉลี่ย 37 ครั้ง / เดือน)



Google **บล็อก**การเข้าใช้งานและการส่ง mail **ทั้งหมด!!!!**





**1166**



# Risk Management Reference Center™

แจ้งโดยตรง

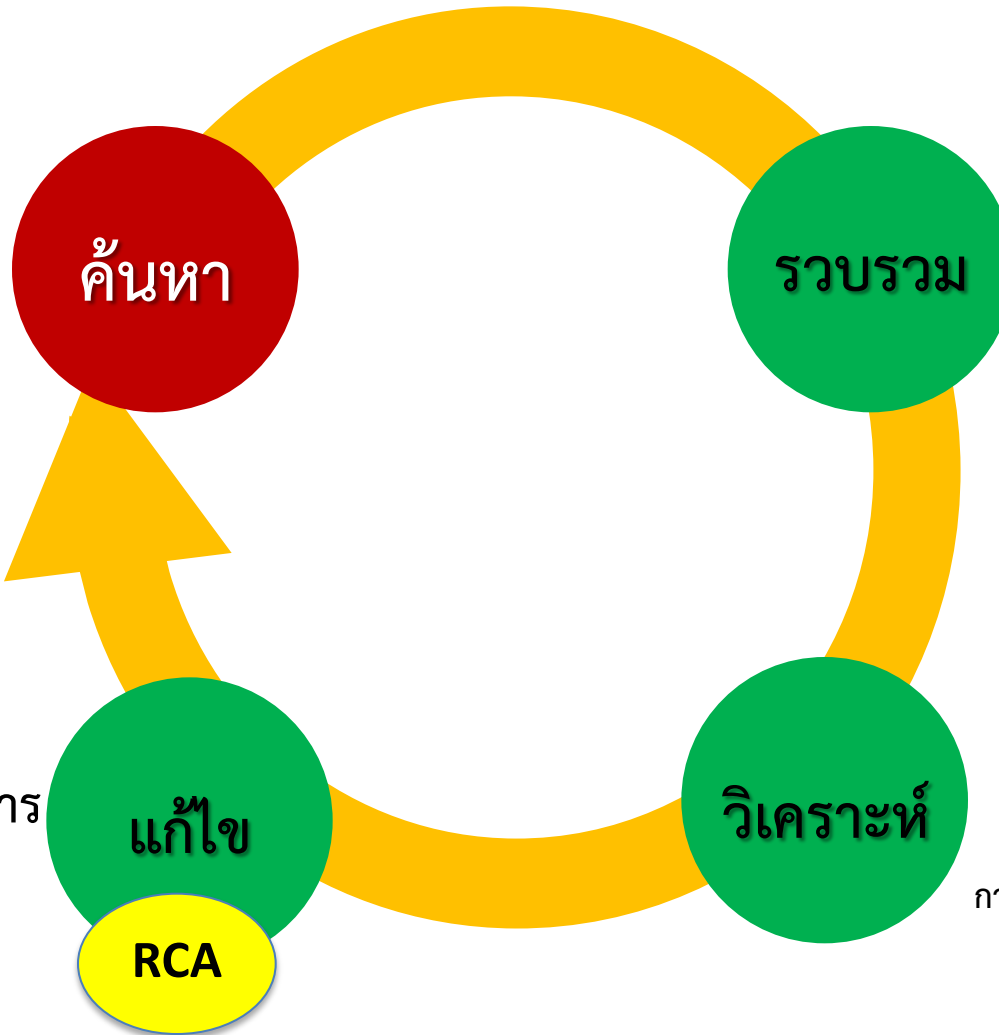
ที่ศูนย์บริหารความเสี่ยง



# ร้องเรียน Complain



การค้นหา



การบริหารจัดการ

การปฏิบัติตามมาตรการ  
ความเสี่ยงระดับ รพ.

การป้องกันการเกิดซ้ำ



รวบรวมความเสี่ยงแล้ว  
อย่าเก็บเอาไว้เฉยๆ

Data



Information

# ข้อมูลความเสี่ยงของหน่วยงาน



Risk Profiles

- รวบรวม บันทึก
- แยกประเภท / **ทำทะเบียน**
- หน่วยงานจัดลำดับความสำคัญว่าจะแก้เรื่องใดก่อน  
**เช่นพิจารณาจาก**
  - เกิดบ่อย, ผลลัพธ์ไม่ดี
  - ความรุนแรงสูง
  - ใช้งบประมาณในการแก้ไขสูง

- ความเสี่ยง**หลัก**ในหน่วยงานของท่านคืออะไร ?
  - ความเสี่ยงทั่วไป
  - ความเสี่ยงเฉพาะโรค
- ความเสี่ยงในผู้ป่วย**แต่ละราย**คือ ?
- ท่านมี**แนวทาง**ในการป้องกัน/แก้ไข อย่างไร ?
- **แนวโน้มน**ในระยะเวลาดำเนินการต่างๆ

# Patient Safety Goals / Guides :

# SIMPLE

**Safe Surgery**

SSI Prevention  
Safe Anesthesia  
Correct Procedure at Correct Site  
Surgical Safety Checklist

**Infection Control**

Hand Hygiene  
Prevention of CAUTI, VAP, Central line infection

**Medication & Blood Safety**

Safe from ADE, conc e'lyte, High-Alert Drug  
Safe from medication error, LASA  
Medication Reconciliation  
Tackling antimicrobial resistance  
Blood Safety

**Patient Care Process**

Patient Identification  
Communication (SBAR, handovers, critical test results, verbal order, abbreviation)  
Proper Diagnosis  
Preventing common complications (Pressure Ulcers, Falls)

**Line, Tubing, Catheter**

Mis-connection

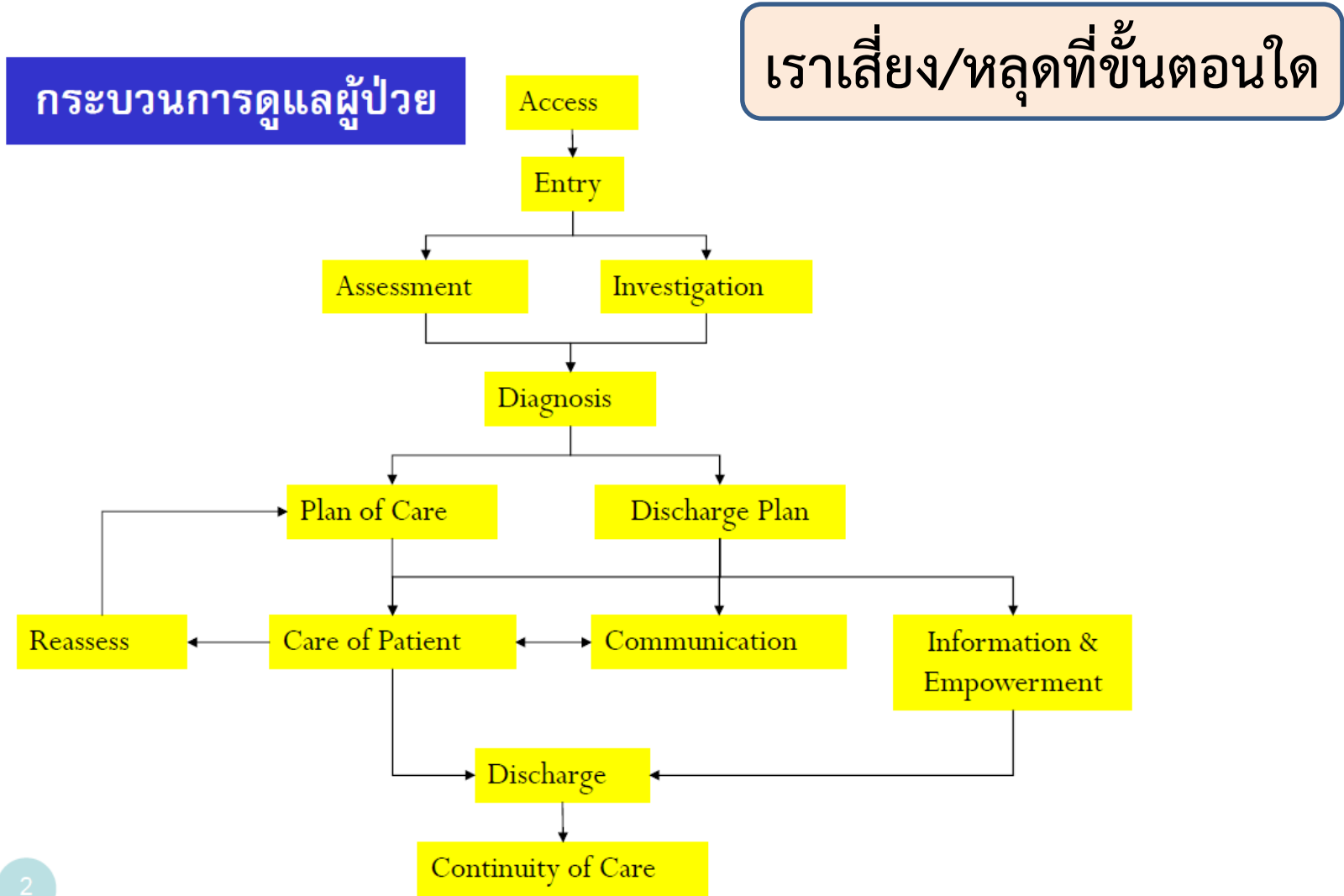
Sepsis  
Acute Coronary Syndrome  
Maternal & Neonatal Morbidity  
Response to the Deteriorating Patient / RRT

**Emergency Response**



# ความเสี่ยงของโรคสำคัญ

อยู่ในกระบวนการดูแล (13 Care Process) ข้อใดบ้าง ?



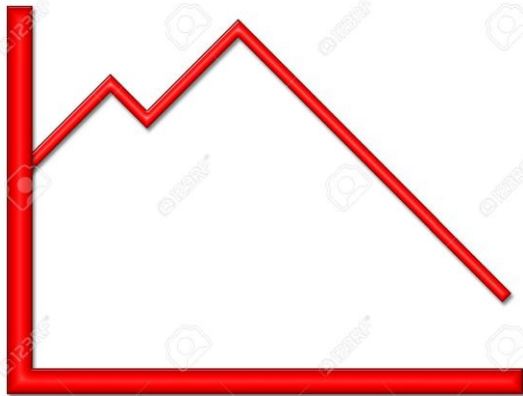
# ข้อมูลความเสี่ยงของหน่วยงาน

- วางแผนแก้ไขปัญหา
- กำหนดผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด
- ติดตามประเมินผล พัฒนาอย่างต่อเนื่อง



# การจัดการข้อมูลความเสี่ยงของหน่วยงานในระยะยาว

- วิเคราะห์แนวโน้มแต่ละช่วง/ปี



- เปรียบเทียบกับมาตรฐานหรือโรงพยาบาล  
ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ตัวอย่าง

“อุบัติการณ์เด็กแพ้ยาล้าง”

## รพช. A

- 1 มกราคม 60 คนไข้เด็ก 5 ขวบมีไข้ เจ็บคอมาพบ.กับคุณแม่ แพทย์ให้ Amoxy กลับบ้าน หลังทาน แล้วมีผื่นขึ้น
- 3 มกราคม 60 มา OPD กับคุณพ่อ แพทย์เปลี่ยนยา + เขียน note ใน opd card ว่าแพ้ยา ส่งพบเภสัชกร เภสัชกรบันทึกการแพ้ยาในคอมพิวเตอร์ + แจกบัตรแพ้ยากลับบ้าน
- 6 เดือนต่อมาขณะอยู่โรงเรียน ไม่สบาย มาพบ. กับคุณครู
  - ห้องบัตรแจ้งว่าตาม opd card เก่าไม่ได้ หาไม่เจอ ให้ใบแทนมา
  - คนไข้เยอะมากกกก พยาบาล OPD ลาป่วย 1 คน พยาบาลที่จุดคัดกรองไม่ได้ซักประวัติแพ้ยาลงใน OPD Card
  - หมอที่มาตรวจเป็นหมอคนใหม่ อยู่เวรติดกัน 3 วันแล้ว ไม่ได้ซักประวัติแพ้ยา ให้ Amoxy ไปทาน
  - คุณครูเพิ่งมาทำงานใหม่ไม่ทราบว่าเด็กมีประวัติแพ้ยา
  - ช่วงมารับยาที่ห้องยาพบว่า computer ห้องยาเสีย วันนี้ระบบ IT ทั้งโรงพยาบาลล่ม ตามประวัติการแพ้ยาในคอมพิวเตอร์ไม่ได้ เภสัชกรถามคุณครูว่าเด็กแพ้ยาไหม คุณครูบอกว่า  
“ไม่ทราบค่ะ แต่อาจารย์ว่าไม่น่าแพ้ค่ะ”
- เด็กได้ Amoxy ไป ระหว่างทางกลับโรงเรียน คุณครูให้เด็กทาน Amoxy
- เด็กแพ้ยาซ้ำ

อุบัติเหตุการณ์เด็กแพ้ยาส้ำมีความเชื่อมโยง  
ระหว่างหน่วยงาน/ระบบงานต่างๆ

ชวนคิด



ท่านจะเชิญหน่วยงาน / ระบบงานใด

เข้าประชุมเพื่อแก้ไขปัญหานี้ ?

# หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

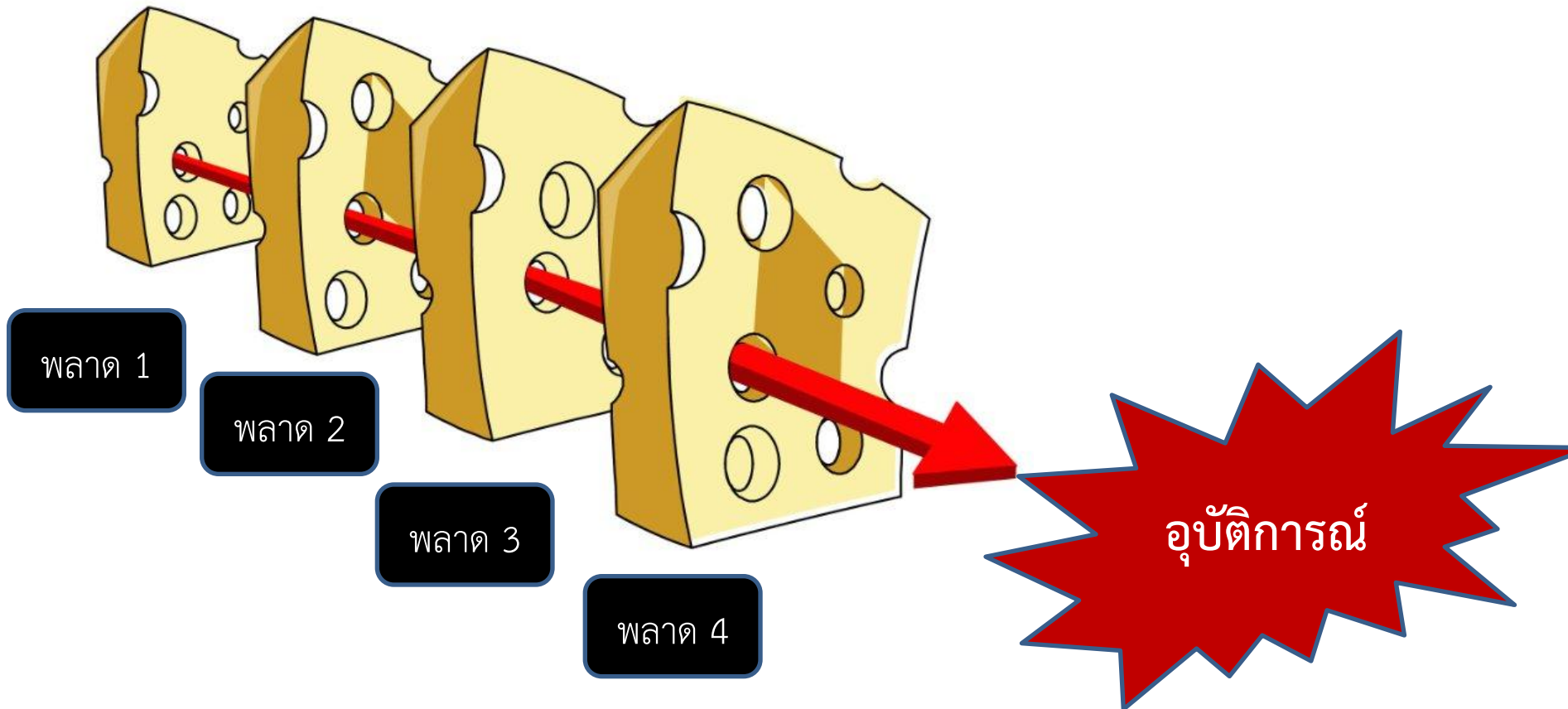
- OPD
- องค์กรแพทย์
- องค์กรพยาบาล
- ห้องยา
- ห้องบัตร
- ห้องคอมพิวเตอร์
- อื่น ๆ.....



# รูปแบบความผิดพลาดแบบเนยแข็งสวิส

## Swiss cheese model

- ความเสี่ยง/ความผิดพลาดเล็กน้อยหลายๆ เรื่องเมื่อเรียงร้อยกันแล้วทำให้เกิดอุบัติเหตุ





# ชวนคิด

เหตุการณ์เด็กแพ้ยารพช. A

ตามความคิดของท่าน

หน่วยงานใดควรเป็น**เจ้าภาพ**ในการแก้ไขปัญหา



รพช. A เหตุการณ์เด็กแพ้ยานี้  
หน่วยงานใดควรเป็น “เจ้าภาพ” แก้ไขปัญหา

- OPD
- องค์กรแพทย์
- ห้องยา
- ห้องบัตร
- ห้องคอมพิวเตอร์
- ผอ.
- HA

แล้วแต่บริบท รพ.

**RCA** = Root Cause Analysis

การค้นหาสาเหตุราก



เกิดปัญหา → แก้ไขปัญหา

- แก้ไขปัญหาแบบธรรมดา

- แก้ปัญหาขั้นเทพด้วยการทำ RCA

(Root Cause Analysis)



—ใช้กับเหตุการณ์ที่รุนแรง มีผลกระทบสูง

—เหตุการณ์ความรุนแรงต่ำแต่เกิดบ่อยๆ

—ถ้าแก้ปัญหได้ถึงราก จะไม่เกิดอุบัติการณ์ซ้ำอีก

# ต้นไม้แห่งปัญหา

1. จุดให้**ครบทุกสาเหตุ**
2. หาทาง**ป้องกัน**ไม่ให้เกิดขึ้นอีก
3. **ติดตาม**ผลการแก้ไข**ปัญหา**
4. หากยังมีปัญหา แสดงว่าหากรากไม่ครบ ต้องหารากเพิ่ม
5. ถ้าตัดรากของปัญหาได้ครบทุกราก เราจะไม่เจอปัญหานี้อีกเลย



# แนวปฏิบัติการทำ RCA รพ.อุตรดิตถ์

- ความเสี่ยงทางคลินิก
    - เหตุการณ์ระดับ E ขึ้นไป (ถึงตัวผู้ป่วยแต่ต้องช่วยชีวิต)
    - เหตุการณ์ระดับต่ำกว่า E แต่เกิดบ่อย (3 ครั้ง ขึ้นไปต่อเดือน)
  - ความเสี่ยงไม่ใช่คลินิก
    - เหตุการณ์ระดับ 3 ขึ้นไป (20,000 บาท ขึ้นไป)
    - เหตุการณ์ต่ำกว่าระดับ 3 แต่เกิดบ่อย (3 ครั้ง ขึ้นไปต่อเดือน)
- หมายเหตุ : ความเสี่ยงซ่อนเร้น/เกือบพลาด สามารถนำมาทำ RCA ได้ตามดุลยพินิจและความพร้อมของหน่วยงาน

เหตุการณ์ที่จำทำ RCA ไม่จำเป็นต้องเกิดกับคนไข้อย่างเดียว

## 4 คำถามกับการทำ RCA

1. เกิดอะไรขึ้น ?
2. เหตุการณ์ทั้งหมดเป็นอย่างไร ?
3. ทำไมจึงเกิดความผิดพลาด ?
4. ถ้าย้อนเวลาได้เราจะแก้ไขจุดไหน ?

# 1. เกิดอะไรขึ้น

## 2. ลำดับเหตุการณ์

-ไล่เรียงเหตุการณ์เป็นขั้นตอน (คลี่ flow)

-เขียนผังเหตุการณ์ตั้งแต่ต้นจนจบ

-เขียนผังขั้นตอนการทำงานตั้งแต่ต้นจนจบ

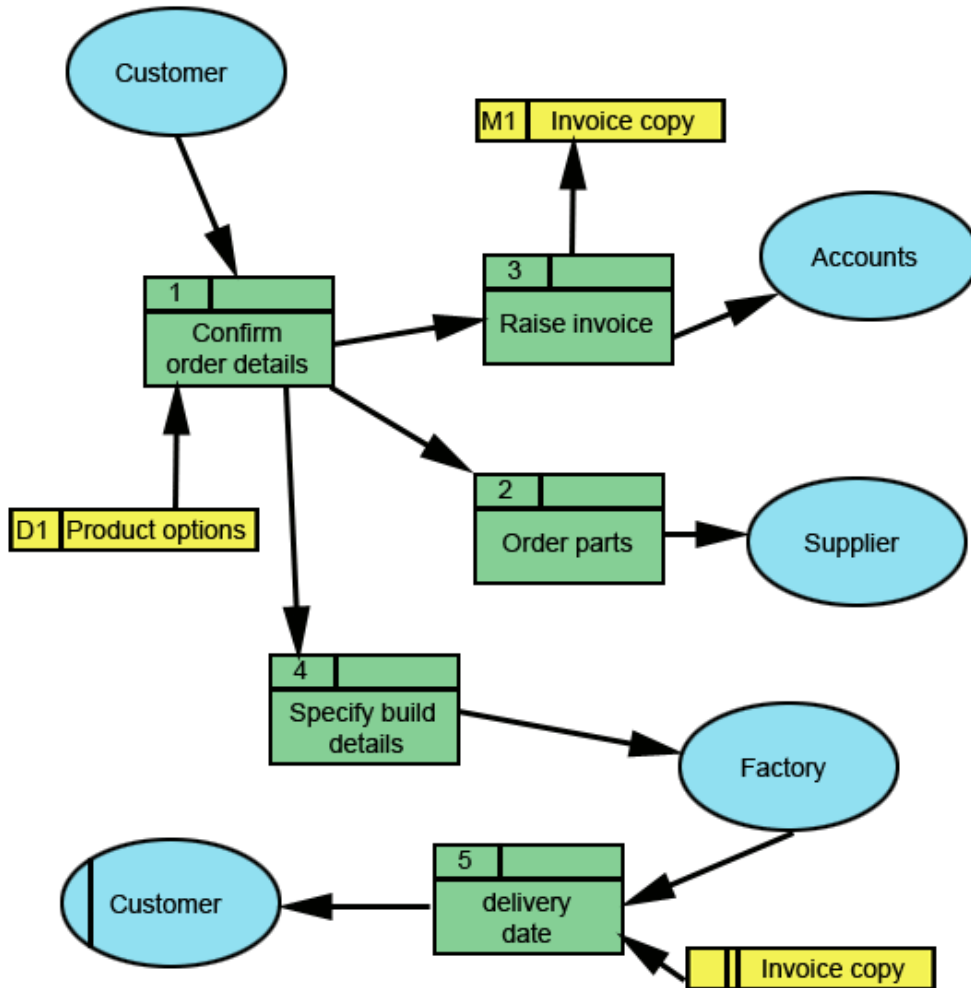
- การไล่เรียงเหตุการณ์ใช้เครื่องมือตามความ

เหมาะสม/ตามดุลยพินิจของหน่วยงาน



# ตัวอย่างการคลังไหล

## 1. แผนผังเหตุการณ์

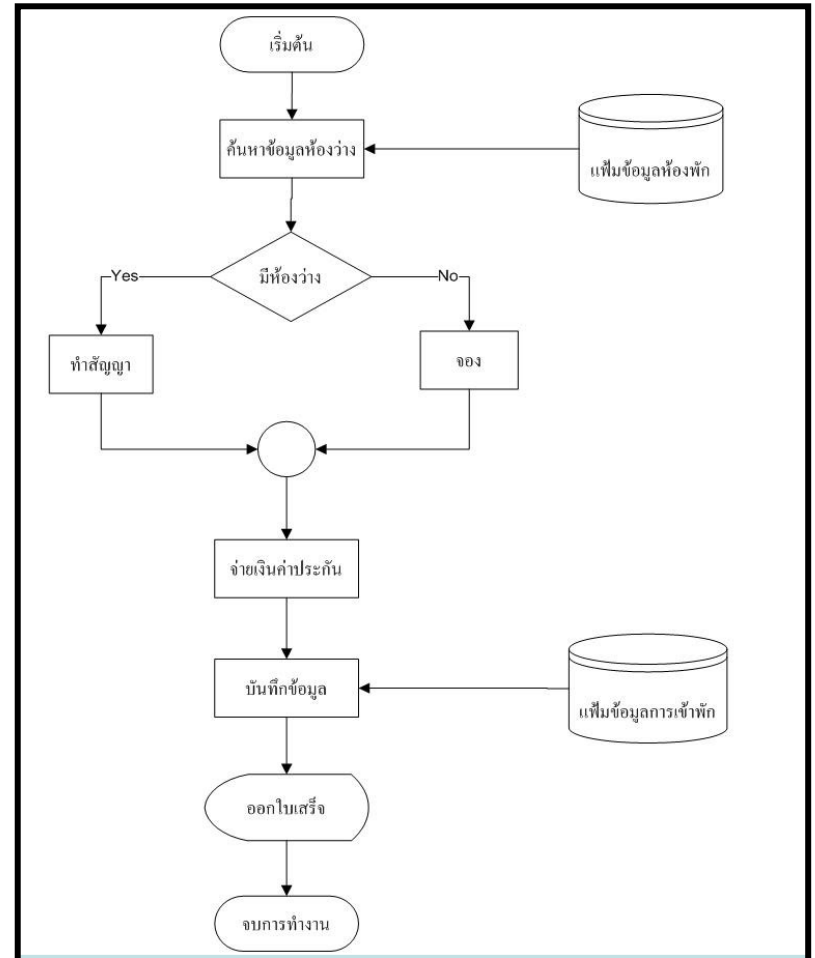


คลังไหลให้เห็นภาพ

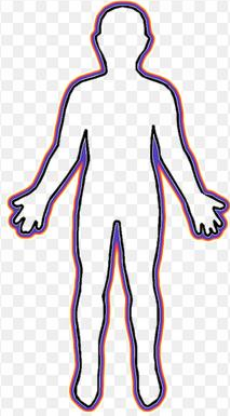



## 2. Flow แผนผัง/ขั้นตอนการทำงาน

- ขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้าง
- ขั้นตอนการเวียนเอกสาร
- ขั้นตอนการค้นเวชระเบียน
- ขั้นตอนการตรวจ Lab
- ขั้นตอนดูแลผู้ป่วย
- ขั้นตอนการจ่ายยา



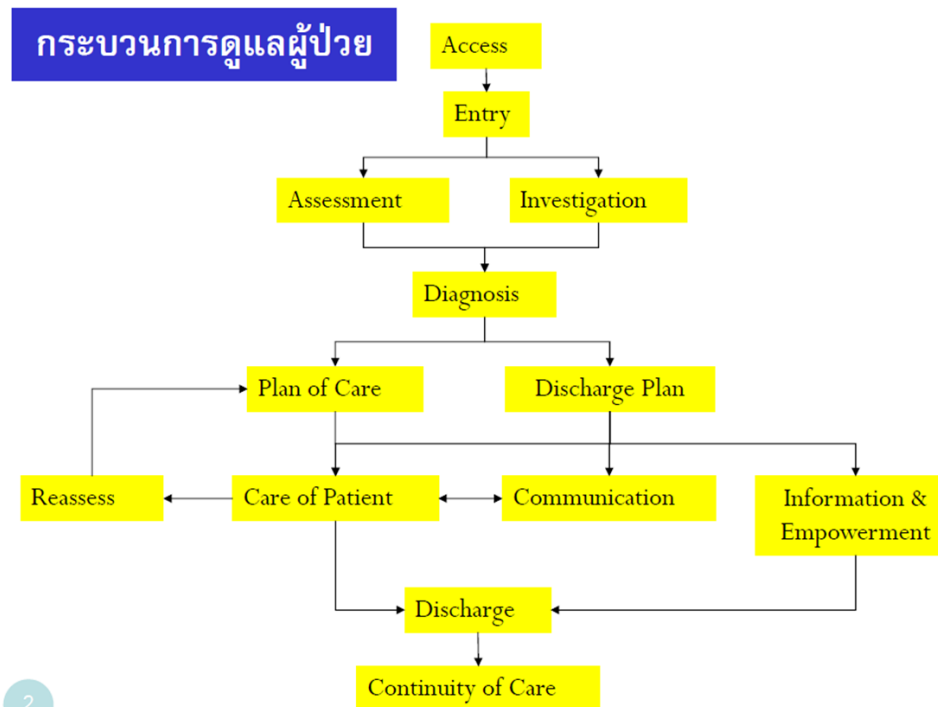
# (ตัวอย่าง) ตารางเหตุการณ์

	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5
	Admit			อาการ แย่ลง	Dead
การรักษา					
การ พยาบาล					
ยา					
LAB					
จุดเปลี่ยน					

คดี Flow แล้วเราจะเห็นเหตุการณ์ได้ชัดเจนขึ้น

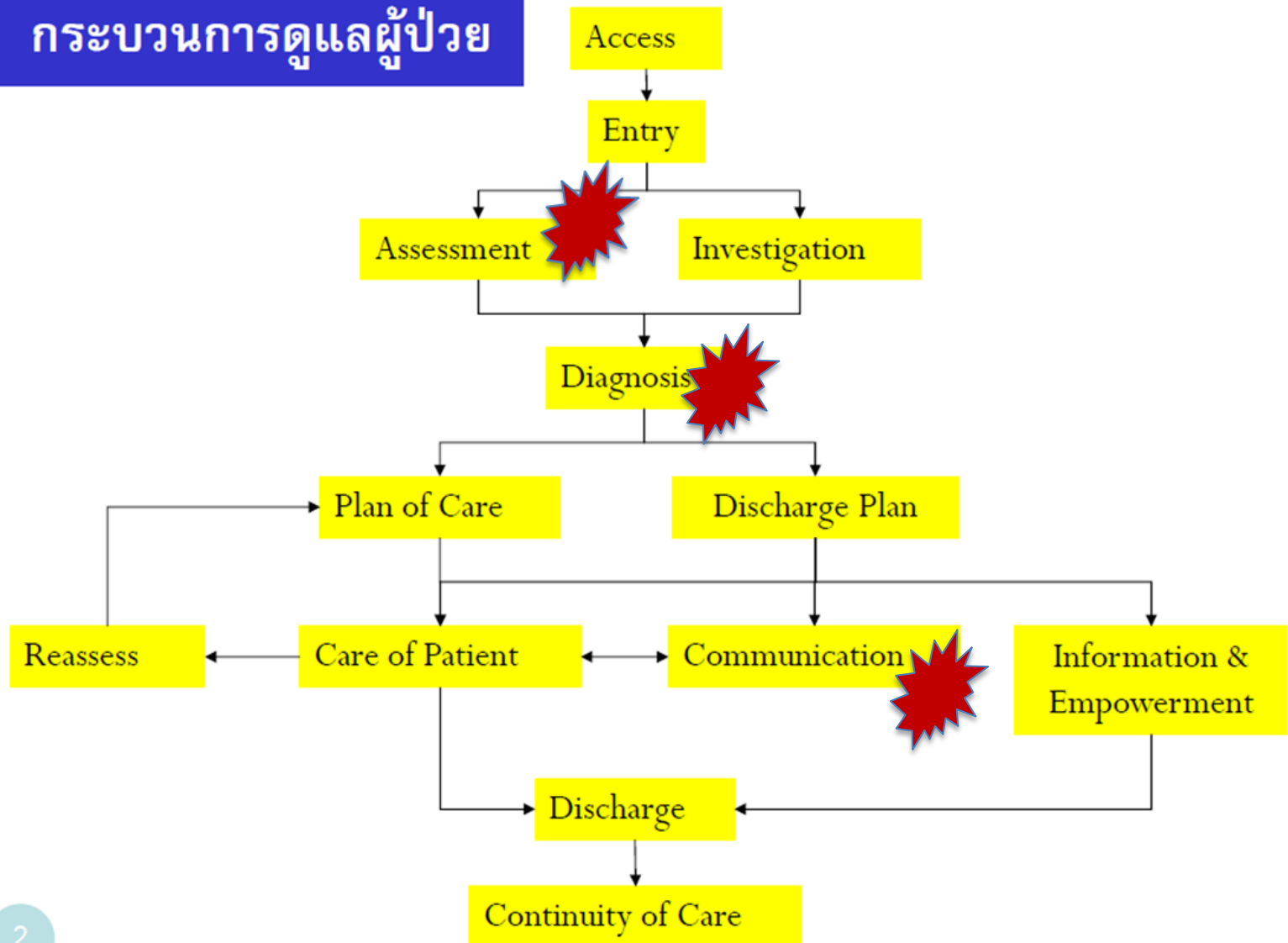
เราจะรู้ว่า

เราหลุดที่ขั้นตอนไหน



### 3. ทำไมจึงเกิดความผิดพลาด ?

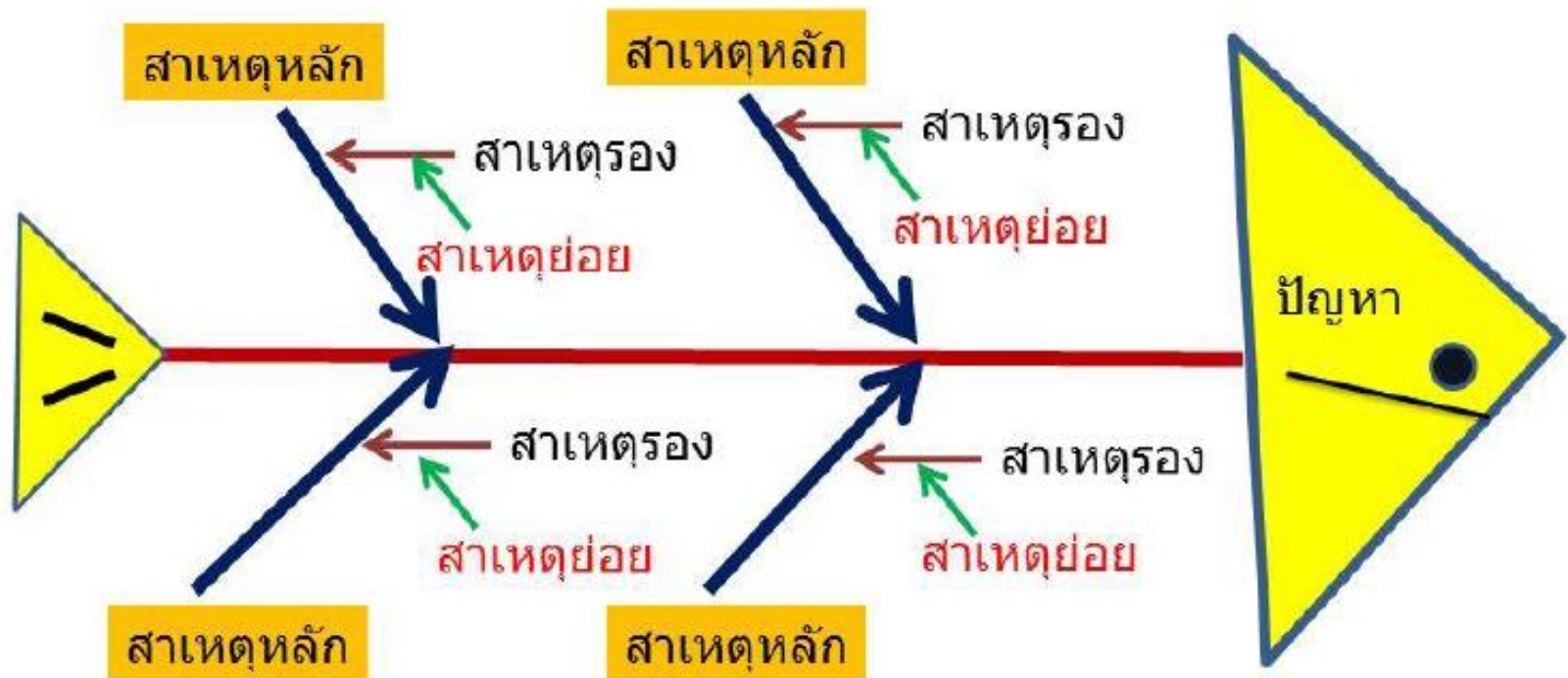
#### กระบวนการดูแลผู้ป่วย



# การวิเคราะห์หาสาเหตุ

## ผังก้างปลา (Cause & Effect Diagram)

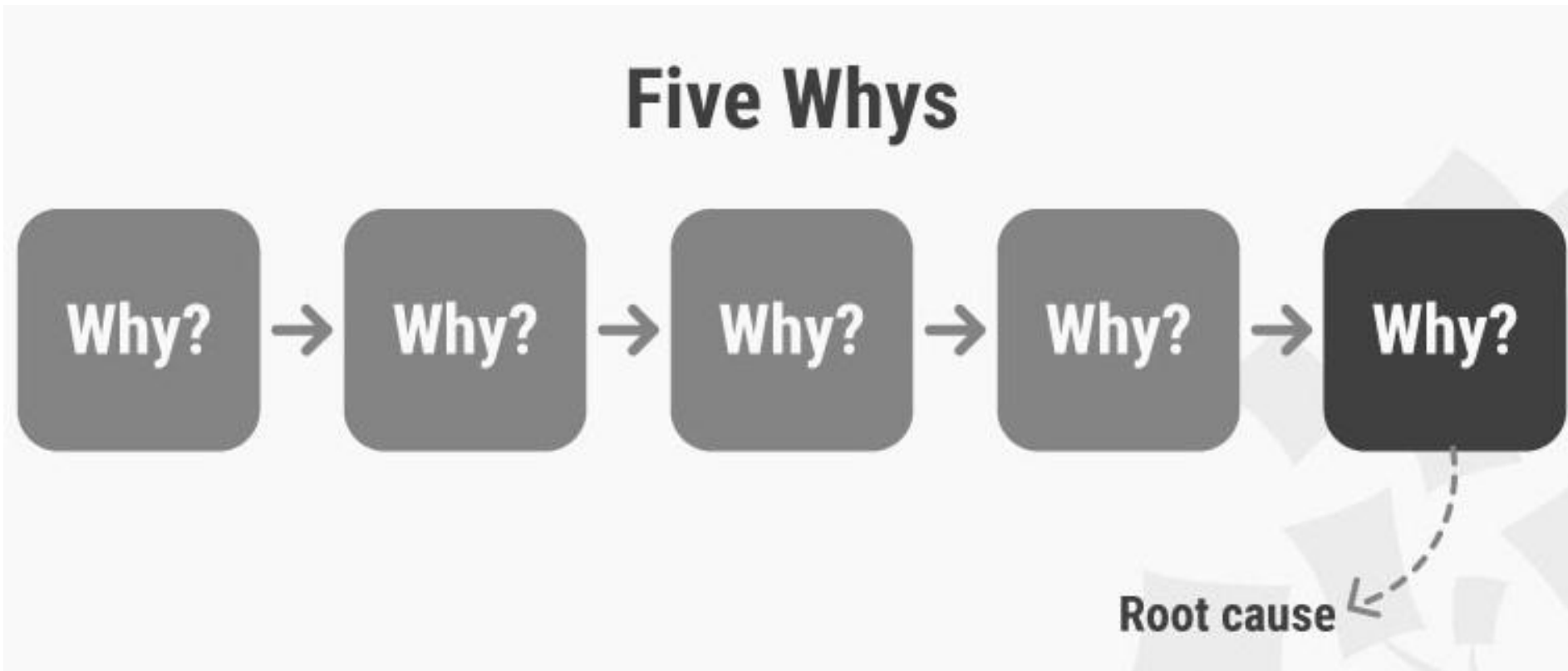
เป็นแผนผังที่แสดงสมมติฐานของความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบระหว่างหลายๆ สาเหตุ ที่ส่งผลต่อปัญหาหนึ่งปัญหา



# เคล็ดลับการหารากของปัญหา

ถามทำไมต่อๆ กันไป จนหมดคำถาม

## เทคนิค Five Whys



# ความงง ความสงสัย ช่วยให้หารากเจอ

งงแต่ งงแต่

งงแต่ งงแต่

งง

งง





# ตัวอย่างการถามทำไมหลายๆ ครั้งเพื่อหารากปัญหา

The 5 Why:

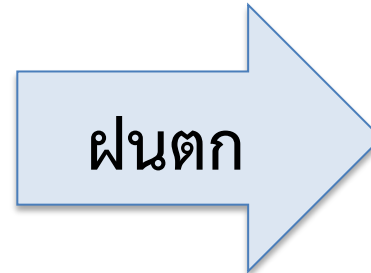
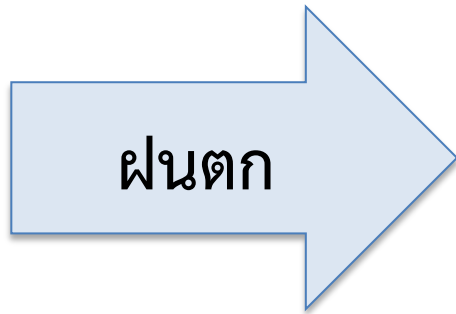
**ปัญหา :ส่งรายงานประจำเดือนช้า**

ทำไมส่งรายงานช้า	Printer เสีย
ทำไม Printer เสีย	กระดาษติด
ทำไมกระดาษติด	ใช้กระดาษผิดประเภท
ทำไมใช้กระดาษผิดประเภท	คนงานไม่รู้ว่าต้องใช้กระดาษชนิดไหน
ทำไมคนงานไม่รู้ว่าต้องใช้กระดาษแบบไหน	<b>ไม่มีการอบรม ไม่มีคู่มือใช้งาน</b>

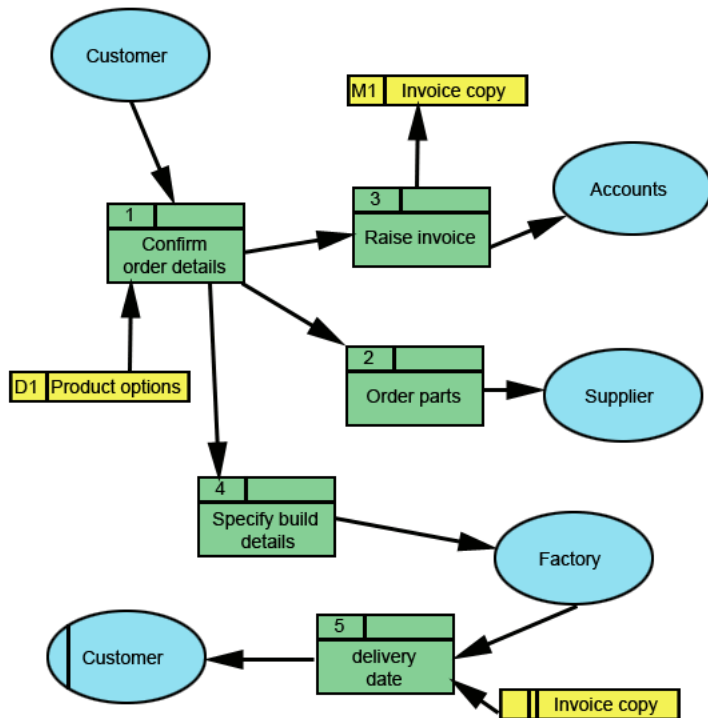
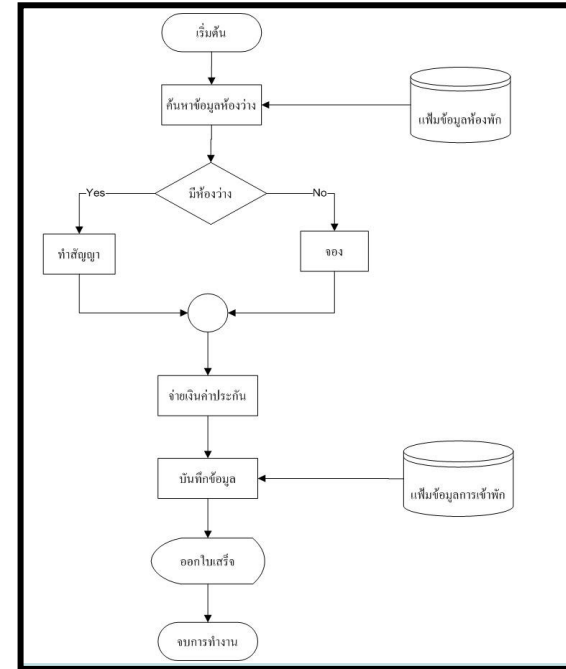
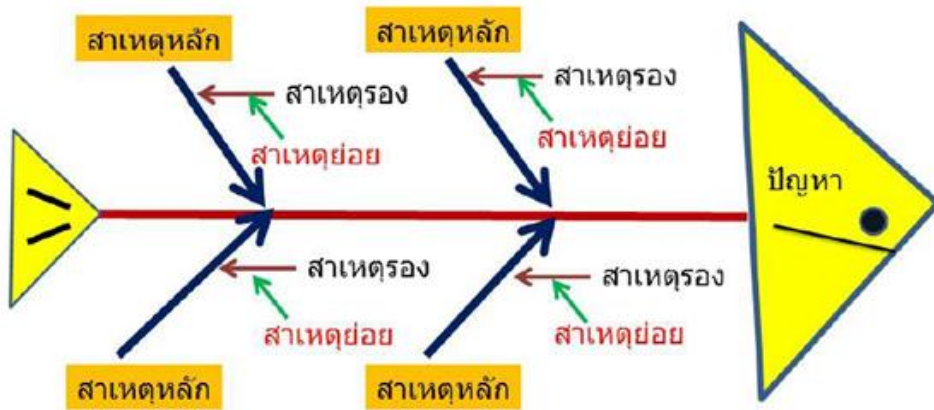




# Five Whys

ถามไปเรื่อยๆ ไม่ใช่ของใหม่  
จำเพลงนี้ได้ไหม



# 4. ถ้าย่นเวลาได้เราจะแก้ไขที่จุดไหน



	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5
	Admit			อาการ แย่ง	Dead
การรักษา	1 			2 	
การพยาบาล					
ยา					
LAB					
จุดเปลี่ยน					

## 4. ถ้าย้อนเวลาได้เราจะแก้ไขจุดไหน (ต่อ)

- กรณีมีหลายหน่วยงาน ถ้าทำ RCA ที่เดียวรวมกันทุกหน่วยงานอาจสับสน ให้แยกพื้นที่ทำก่อน แล้วค่อยมารวมกัน

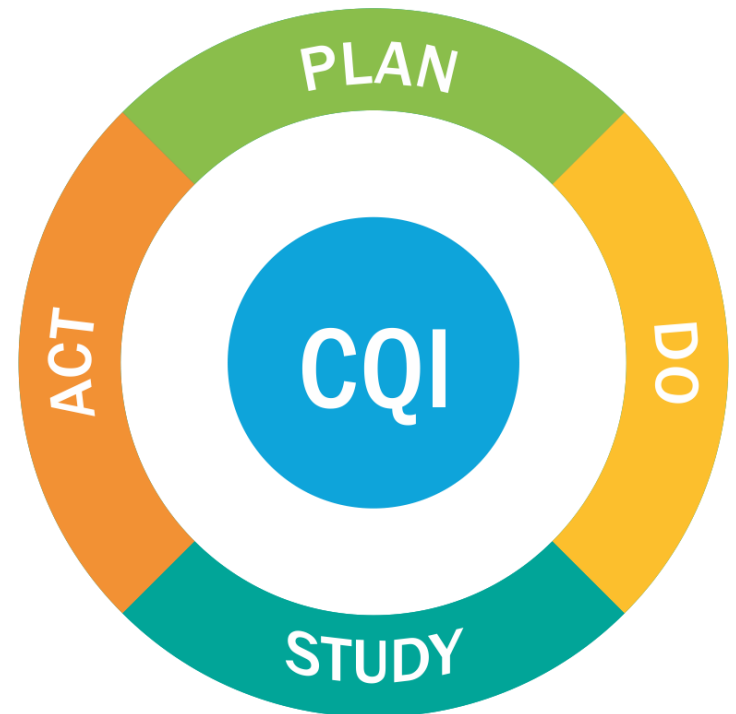
“RCA ไม่จำเป็นต้องทำเสร็จในการประชุมครั้งเดียว”

- แก้ปัญหาเร่งด่วน / ปัญหาเฉพาะหน้า
- แก้ปัญหาระยะยาว

- **RCA ทำแบบลับได้** (จำกัดคนเข้าประชุม)  
กรณีเรื่องราว Sensitive / การฟ้องร้อง  
แต่ต้องหารากปัญหาให้ได้
- เตรียมตัวก่อนเข้าประชุม RCA ช่วยให้ประชุมได้เร็วขึ้น
  - เตรียมเอกสารหลักฐาน **คลี่ flow** มาล่วงหน้า
  - การคุยนอกรอบก่อนประชุมทั้งในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน
- กำหนดการแก้ไขปัญหา ตัวชี้วัด ผู้รับผิดชอบ

# สิ่งที่มักหลงลืมหลังทำ RCA

- ทำรอบเดียวจบ (หมุนรอบเดียว)
- ขาดการติดตามประเมินผล
- ขาดความต่อเนื่อง



# เหตุการณ์ของนางสาวใจเริ่ง

อู๋ย...  
เกือบไป

เลือดกรุ๊ป **A**



เกือบให้เลือดผิด ยังไม่ถึงผู้ป่วย **ระดับ B**

ยังไม่เกิดความเสียหาย

เหตุการณ์ใจเร็ง**เกือบ**ได้เลือดผิด

ความเสี่ยงทางคลินิกแม้จะระดับ**ต่ำกว่า E**

แต่ถ้ามีศักยภาพในการก่อความเสียหายรุนแรง

ถือว่าเป็นความเสี่ยงชนิดพิเศษ

(Hidden risk, Potential Adverse Events,  
Near miss)

สามารถนำไปทำ RCA ได้(แล้วแต่หน่วยงานพิจารณา)

แนวโน้มในอนาคตต้องทำ RCA ทุกกรณี



# Hidden risk, Potential Adverse Events, Near miss

(ความเสี่ยงซ่อนเร้น/ เกือบพลาด/ เกือบเกิดอุบัติการณ์)

- ยังไม่เกิดความสูญเสีย / ไม่เกิดอุบัติการณ์
- ความเสี่ยงที่มีความสามารถทำให้เกิดความเสียหายอย่างรุนแรง
- แต่โชคดีที่ตรวจจับทัน / แก้ไขทัน / รู้ก่อน
- เป็นเหตุการณ์ที่อยู่ในกลุ่ม
  - “โชคดี”      “พระคุ้มครอง”
  - “โชคช่วย”      “ดินะที่รู้ก่อน”

Near miss

เสียงซอณเร้น

คุณพระช่วย!!!



# โชคยังดี โชคช่วย

LASA Drug



Ranitidine inj vs. Gentamycin inj

หลอดยา

หน้าตาคล้ายกันมาก

Look alike

Sound alike

คนไข้โรคกระเพาะ แพทย์สั่ง  
ฉีดยา Ranitidine

พยาบาลหยิบยาผิด

เกือบฉีดยา Gentamycin ให้

คนไข้ ความเสี่ยงระดับ B

(คนไข้มีประวัติแพ้

Gentamycin)

# โชคยังดี โชคช่วย

- มีคนจะมาขโมยเด็กจากวอร์ด  
แต่ผู้ช่วยพยาบาลจับได้พอดี
- ผู้ป่วยกำลังจะกระโดดตึก พยาบาลจับตัวไว้ได้พอดี
- คู่อริยกพวกป่วนจะมาทำร้ายคนไข้ที่อยู่ห้องฉุกเฉิน  
แต่ รปภ. สกัดไว้ได้ก่อน
- ส่งเอกสารสำคัญไปทำลาย แต่ตามไปเก็บทัน
- คนจะมาวางระเบิดในรพ. แต่เจ้าหน้าที่จับได้ก่อน

# โชคยังดี โชคช่วยในชีวิตประจำวัน

- คนขับรถตู้ลืมเติมน้ำมันในรถ ขณะคนขับรถจะออกจากโรงรถ ก็นึกได้ว่าลืมมือถือไว้ในรถ เลยเข้าไปเปิดรถอีกรอบ

คราวนี้โชคดี

แต่คราวหน้าจะโชคดีอย่างนี้ไหม ???

# สรุปการทำ RCA ความเสี่ยงด้านคลินิก.อุตรดิตถ์

- A ยังไม่เกิด แต่มีโอกาสผิดพลาด
- B เกิดขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย
- C ถึงตัวผู้ป่วย แต่ไม่มีอันตราย
- D ต้องคอยเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

ปัญหาต่ำกว่า E แต่เรื่องเดิม  
เกิด  $\geq 3$  ครั้ง/เดือน ทำ RCA

- E ต้องการบำบัดรักษา
- F ต้อง admit / นอน รพ. นานขึ้น
- G เกิดความพิการถาวร
- H ต้องช่วยชีวิต/เข้ารับการรักษา
- I เสียชีวิต

ต่ำกว่า E แต่ถ้าเป็น Near miss, เสี่ยงซ่อนเร้น  
ทำ RCA ได้เลยคะถ้าหน่วยงานพร้อม



## RCA ทุกกรณี

พบความเสี่ยงซ่อนเร้น  
ด้านไม่ใช่คลินิก

ก็ทำ RCA  
ได้เลยค่ะ





MAN



MACHINE



MATERIAL

# Root cause analysis

ENVIRONMENT



METHOD



MANAGEMENT

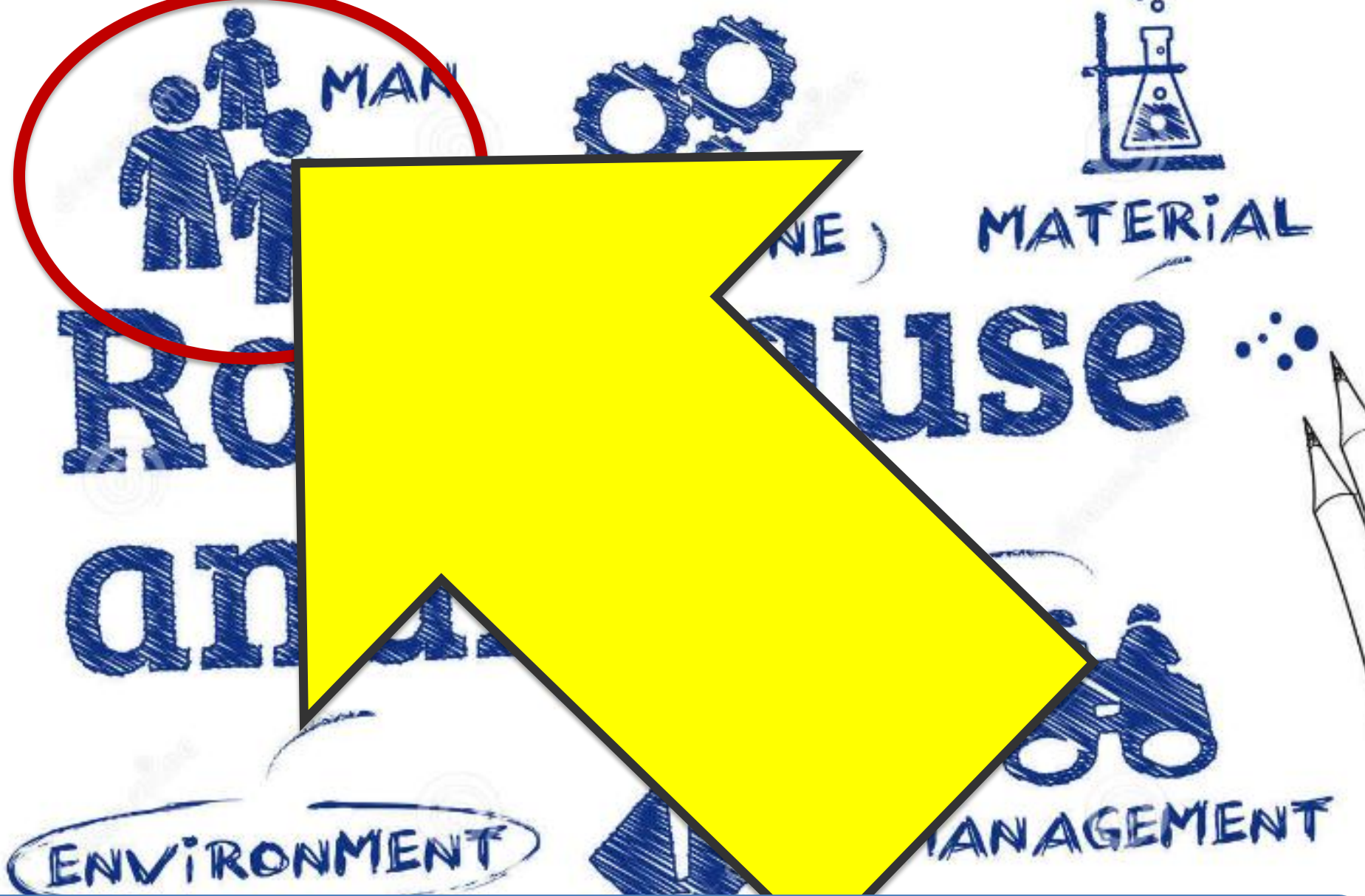




คุณเคยเป็นแบบนี้ไหม  
เมื่อเกิดปัญหาจะตั้งคำถามว่า

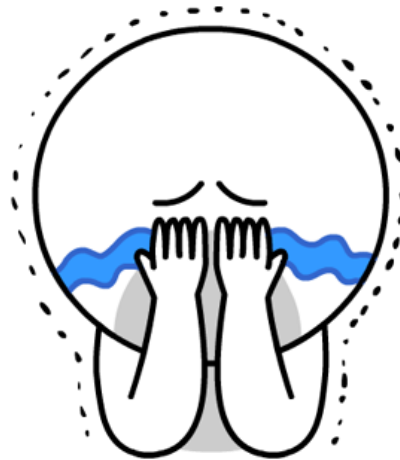
ใครผิด ? ใครต้องรับผิดชอบ ? โดยอัตโนมัติ





เรามักจะพุ่งเป้าไปที่ความผิดพลาดของบุคคลเป็นหลัก โดยไม่ได้มอง  
ปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่ทำให้มนุษย์ทำผิดพลาดได้ง่ายขึ้น

# RCA ที่แสนทุกข์ระทม



หากคนผิด

หากคนที่ทำพลาด

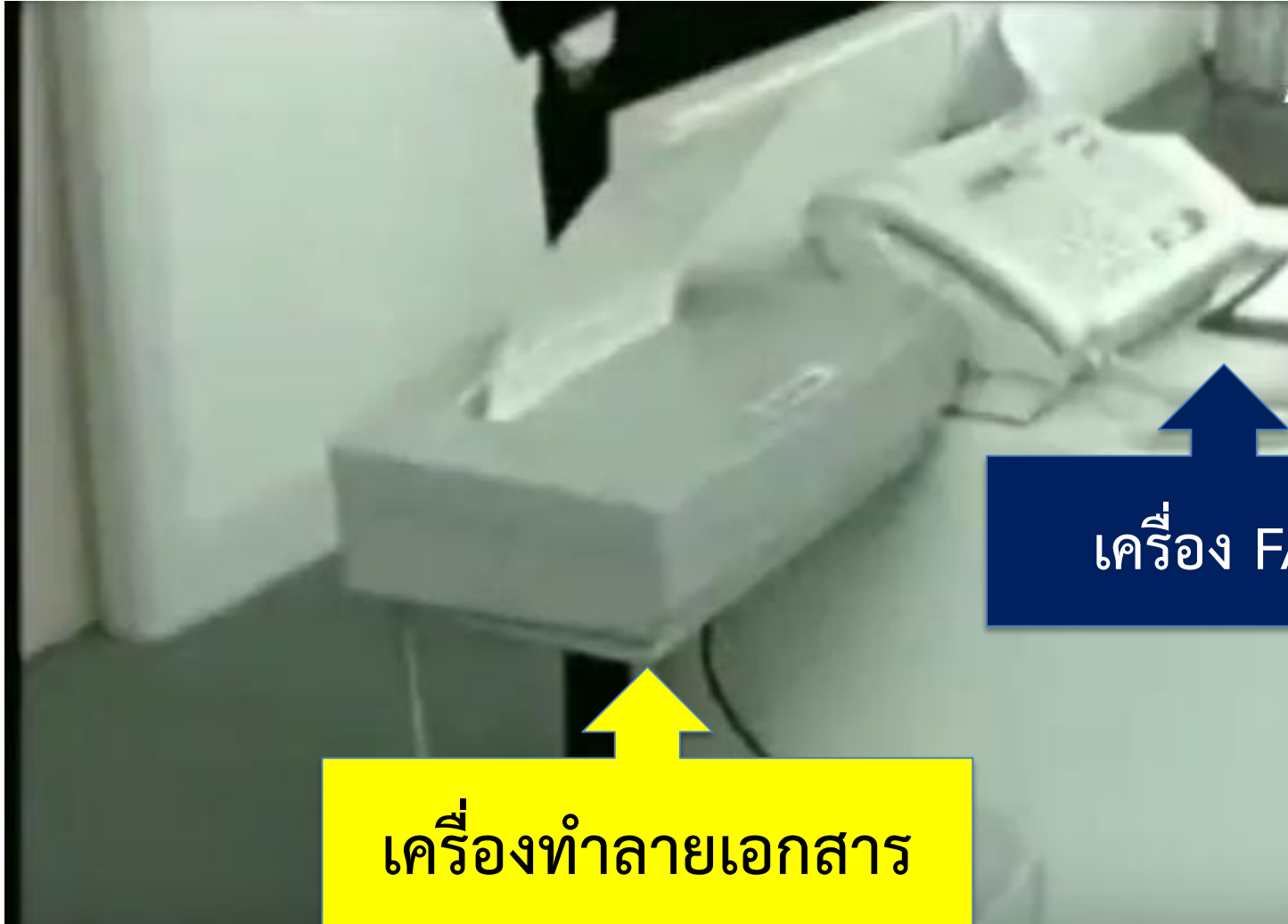


ความคิดของมนุษย  
อย่างเดียวจริงหรือ ???

มีปัจจัยอื่นร่วมด้วยไหม

# ระบบที่เอื้อให้มนุษย์ผิดพลาดได้ง่ายขึ้น

วางเครื่อง FAX กับเครื่องทำลายเอกสารไว้ใกล้กัน





# LASA Drug



## Trazodone vs. Diutropan

ยาที่มีสี  
ขนาด  
ลักษณะแพ่งยา  
ใกล้เคียงกัน  
เอื้อให้คนผิดพลาดได้  
ง่ายขึ้น

# สถานการณ์ที่เอื้อให้คนผิดพลาดง่ายขึ้น

- ภาระงาน
- สภาพของผู้ปฏิบัติงาน
- สถานการณ์ที่บีบคั้น เร่งรีบ



# กรณีศึกษา

“อุบัติเหตุการณ์เด็กแพ้ยาสซ่า”

มีปัจจัยแวดล้อมมากมาย  
ที่เอื้อให้มนุษย์ผิดพลาด



# ปัจจัยแวดล้อมที่นำไปสู่ความผิดพลาด

1. คนใช้มีจำนวนมาก
2. พยาบาลมีอยู่คนเดียว
3. แพทย์อยู่เวรติดกันหลายวัน
4. แพทย์จบใหม่ ความชำนาญยังไม่มาก
5. ระบบ IT ยังไม่มีระบบ Back up เนื่องจากงบประมาณ

มีหลายระบบ

ที่ต้องการ

การแก้ไข

หากมองไม่รอบด้าน

เราจะสรุปทางแก้ไขปัญหาง่ายๆ ว่า

“บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทาง

แก้ไขโดย สร้างความตระหนัก”

# จัดการระบบก่อน

แต่ถ้าเป็นความผิดพลาดของคนจริงๆ

ก็จัดการไปตามความเหมาะสม

ผิดพลาดเพราะไม่รู้

ต้องสอน

ผิดพลาดเพราะลืม/ล้า

ต้องเตือน/โค้ช/ช่วย

ผิดพลาดเพราะจงใจ

ลงโทษ

# RCA

- สงสัยเยอะๆ ถ้ามเยอะๆ ขุดให้ลึกถึงราก
- แก้ในส่วนที่เราแก้ได้
- เลือกใช้คำพูดที่สนับสนุนการร่วมแก้ปัญหา
  - คำพูดที่ควรหลีกเลี่ยง : ใครผิด ?  
ใครต้องรับผิดชอบ ?
  - คำพูดที่ควรใช้บ่อยๆ : ถ้าย้อนเวลากลับไปได้  
**เรา**จะแก้จุดไหนดี ?

เกิดอุบัติการณ์ในหน่วยงานตนเอง

หน่วยงานทำ RCA  
ส่งการทบทวนไปยัง  
ศูนย์บริหารความเสี่ยง

เกิดอุบัติการณ์ระหว่างหน่วยงาน

หน่วยงาน A เขียนความเสี่ยง  
ถึงหน่วยงาน B  
ส่งมายังศูนย์บริหารความเสี่ยง

ศูนย์บริหาร  
ความเสี่ยง

ส่งให้หน่วยงาน B พิจารณา

1. เข้าเกณฑ์ทำ RCA ส่งศูนย์บริหารความเสี่ยง
2. ไม่เข้าเกณฑ์ทำ RCA : ไม่ต้องทำ RCA แต่ให้แจ้งศูนย์บริหารความเสี่ยง+แนวทางแก้ไข (ถ้ามี)
3. เข้าเกณฑ์ทำ RCA แต่ต้องแก้ผ่าน PCT แจ้งมาที่ศูนย์บริหารความเสี่ยง

ถ้าหน่วยงานของท่านได้หนังสือทำ RCA  
จากศูนย์ความเสี่ยง **อย่าเพิ่งตกใจ !!**

- ให้สิทธิ์หน่วยงานพิจารณาว่าเข้าเกณฑ์ทำ RCA หรือไม่?
- ตอบกลับการพิจารณาให้ศูนย์ความเสี่ยงตามแบบฟอร์ม



### รายงานความเสี่

ศูนย์พัฒนาคุณภาพการพยาบาล

1. หน่วยงานที่รายงาน : 46. หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ
2. ระดับความรุนแรง : ระดับ I (U) เลิกชีวิตด้วย
3. ขั้นตอนใดใน Care Process : CB การทบทวนกา
4. Patient Safety Goals SIMPLE : เกี่ยวกับ Patie
5. เรื่อง : ผู้ป่วยถึงแก่กรรม
6. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง :
7. เวลาที่เกิดเหตุ : 08/10/2017 10:34:00
8. เหตุการณ์สังผลต่อ : ผู้ป่วย
9. HN : 5902198 AN : 6024821
10. การวินิจฉัย (ICD-10) : Dx:Septic shock c cirr
11. บรรยายเหตุการณ์ : ผู้ป่วยชายอายุ 57 ปี  
Dx:Septic shock c cirrhosis  
on ETT มีภาวะ  
- GIB Hypovolumic shock  
Anemia Hct 13%  
- AKI เคย H/D 5-6 ครั้ง urine ไม่ออก  
- Cirrhosis  
มีปัญหาเหนื่อย on sedative  
BP drop on Inotrope titrate off ไม่ได้  
แพทย์คุย prognosis กับญาติ ญาติ no H/D , no  
10/8/2560 at 10.34 EKG show PEA  
คลำpulseไม่ได้ ผู้ป่วยเสียชีวิต
12. เหตุการณ์ได้รับการแก้ไขแล้วหรือไม่ : แก้ไขแล้ว
13. ผลลัพธ์หลังการแก้ไขเป็นอย่างไร : ทบทวน
14. ชื่อ - สกุลผู้รายงาน : จิราภา คำคำ
15. E-mail ของท่าน : Patcharaporn626@gm

### ศูนย์บริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โทร. 1166

วันที่.....  
สำหรับศูนย์บริ

เรียน หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าหน่วยงาน.....  
เนื่องจากศูนย์บริหารความเสี่ยงได้รับรายงานความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน.....เรื่อง โดยเบื้องต้นมีแนวโน้มว่าเข้าเกณฑ์การทำ RCA อย่างไรก็ดี ทางศูนย์เห็นควรส่งรายงานดังกล่าวมายังหน่วยงานของท่าน เพื่อพิจารณาข้อมูลยืนยันและหลักคุณยพินิจของท่านว่าสมควรทำ RCA หรือไม่ โดยตอบแบบสอบถามด้านล่าง

สำห

หน่วยงาน.....พิจารณาแล้วเห็นว่า (กรุณาทำ  
 ไม่เข้าเกณฑ์การทำ RCA (กรุณาส่งเอกสารทั้งหมดคืนศูนย์บริหารความเสี่ยง และจากบัญชี RCA ต่อไป)

เข้าเกณฑ์การทำ RCA  
.....  
 ยังไม่ได้รับการแก้ไข / ยังไม่ทำ RCA  
 อื่นๆ.....

ลงชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม.....  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

ส่งผลการวิเคราะห์ RCA เป็น File มาที่ [utthacenter@gmail.com](mailto:utthacenter@gmail.com) ภายใน 1

ท่านสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มการทำ RCA ได้ทาง

- 1) ระบบ LAN โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ที่ไดรฟ์ Z : Dvs039 ศูนย์พัฒนาคุณภาพ >> "แบบฟอร์ม
- 2) ระบบ Internet ดาวโหลดได้ที่ [www.uttaradit-hosp.go.th](http://www.uttaradit-hosp.go.th) >> รายงานความเสี่ยง ด้าน
- 3) Note ของ Line กลุ่มต่างๆ ที่ศูนย์ HA สร้างไว้ Line >> Note >> "แบบฟอร์มการทำ R

กรุณาส่งเอกสารนี้คืน ศูนย์บริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เพื่อจัดเก็บเป็นสถิติ  
เป็นหลักฐานประกอบการประเมินซ้ำ (HA Re-accreditation) ในเดือน กรกฎาคม 2561



### บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ศูนย์บริหารความเสี่ยง โทร. ๑๑๖๖๖  
ที่..... ๑๑๑๑๑๑.๑๑๑๑๑.๑๑/๑๑๑..... วันที่..... ๑๑. พฤษภาคม ๒๕๖๑  
เรื่อง ขอความร่วมมือวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของรายงานความเสี่ยง.....

เรียน หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าหน่วยงาน  
ด้วยศูนย์บริหารความเสี่ยง ได้รับรายงานความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของหน่วยงานท่าน เพื่อให้การดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยงได้รับการตอบสนองและเป็นไปตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์กำหนดไว้

ในการนี้ จึงขอความร่วมมือท่าน วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของรายงานความเสี่ยง (Root Cause Analysis; RCA) ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานในกำกับของท่าน ในกรณีความเสี่ยงที่มีความรุนแรงระดับ A-D ซ้ำ ๓ ครั้งใน ๑ เดือน และความรุนแรงระดับ E หรือ ๓ ขึ้นไป ทุกเหตุการณ์ แล้วรวบรวมรายงานการวิเคราะห์ดังกล่าว ส่งคืนมาที่ศูนย์บริหารความเสี่ยง ภายในระยะเวลา ๑ เดือน หลังได้รับเอกสารรายงาน เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการต่อไป

(นางอาอุส ภะระนาถ)

ผู้อำนวยการคณะทำงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน  
การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

หมายเหตุ จำนวนและระยะเวลาการส่งรายงานความเสี่ยงที่แท้จริงวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (ตามเอกสารแนบ)

.....  
.....  
.....

# ท่านสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มการทำ RCA ได้ที่

## 1. Internet

อยู่ในทุกลิงค์รายงานความเสี่ยง

Download แบบฟอร์มการทำ RCA ได้ที่  
<https://drive.google.com/open?id=0B6ehJ7BPJVkkZmlnRINPVmE2Mku>

หากต้องการการตอบกลับ กรุณากรอก E-mail ของท่าน (หากลิ้ม  
เปลี่ยนภาษาให้กดลบหลังเครื่องหมาย # เพื่อป้องกันสระภาษาไทยที่ค้างอยู่  
ในระบบ จะทำให้เกิดปัญหาในการตอบกลับ)

E-mail

คำตอบของคุณ

ส่ง

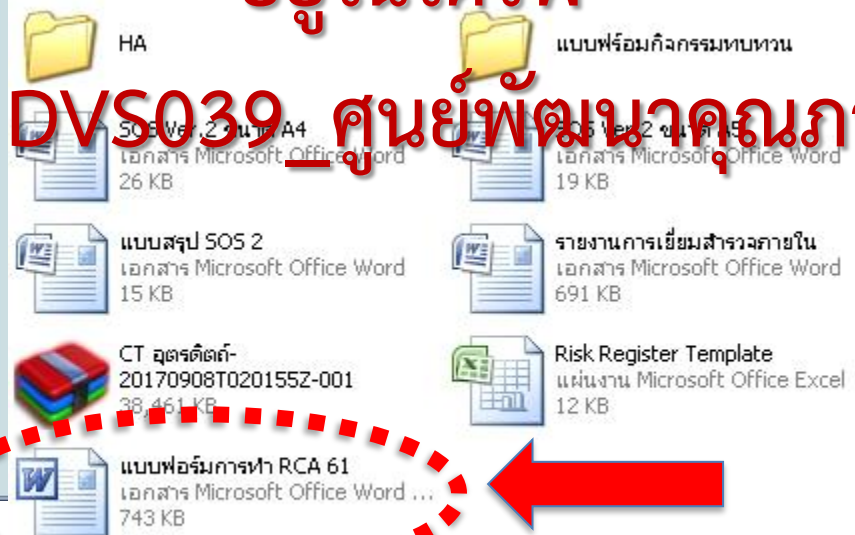
ห้ามส่งรหัสผ่านใน Google ฟอรัม

ตรงนี้จ้า

## 2. Intranet

อยู่ในไดรฟ์

Z:\ DVS039\_ศูนย์พัฒนาคุณภาพ



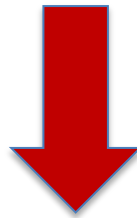
ตรงนี้จ้า



# สถิติการร่นทำ RCA ที่ผ่านมา

(ข้อมูล ณ วันที่ 20 ก.ย.60)

ปี 2559      51 เรื่อง จาก 637 เรื่อง (8%)



ปี 2560      19 เรื่อง จาก 52 เรื่อง (36%)

เป้าหมายการทำ RCA ความเสี่ยงระดับ E / 3 ขึ้นไป

คือ 100%

ช่วยกันบริหารความเสี่ยง

พบความเสี่ยงแล้ว

อย่านิ่งนอนใจ

เพราะความเสี่ยงใดๆ หลากเรื่อง

ถ้านำมาเรียงร้อยกัน

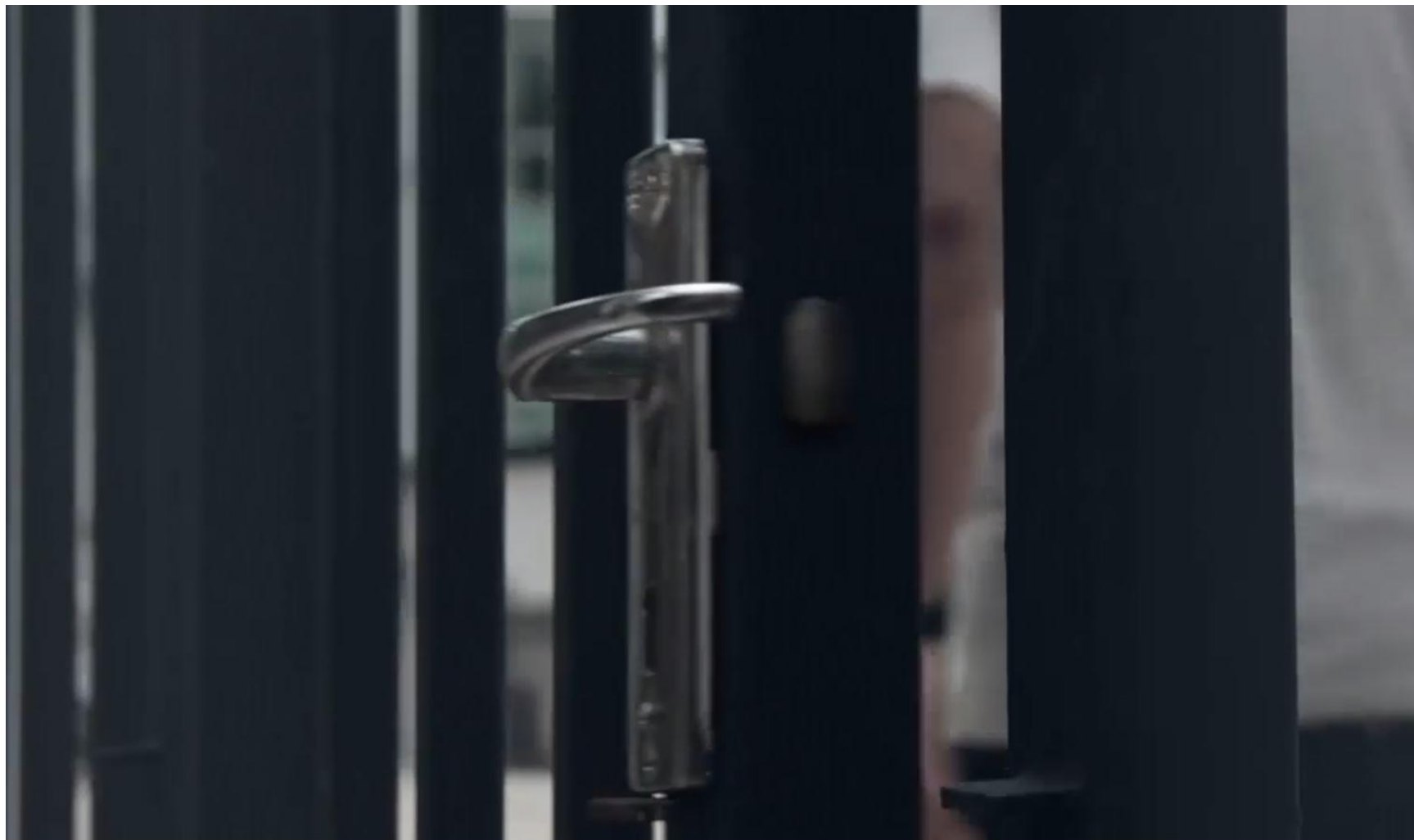
นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุร้ายได้

ตัวอย่าง

# 1. บ้านมีสุนัขดุ ปกติจะให้อยู่ในบ้าน



## 2. เจ้าของบ้านปิดประตูบ้านไม่สนิท



### 3. สุนัขไล่กัดเด็ก เด็กปั่นจักรยานหนี



## 4. กำลังขับรถเข้าซอย โทรศัพท์ดังพอดี มองดูโทรศัพท์

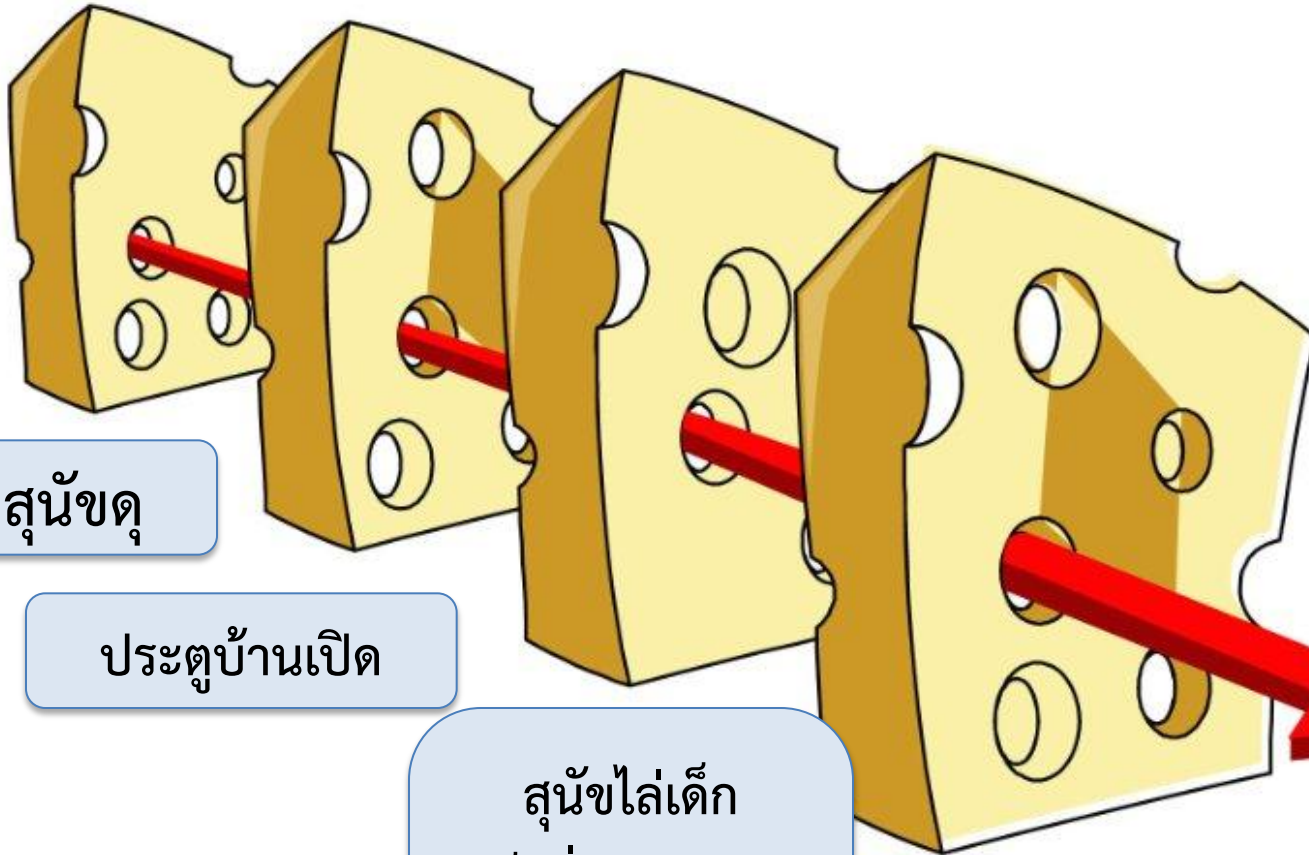


# รถยนต์ชนกับรถจักรยาน





# ความเสี่ยงที่เรียงร้อยกันจนเกิดเป็นอุบัติเหตุ



สุนัขดุ

ประตูบ้านเปิด

สุนัขไล่เด็ก  
เด็กปั่นจักรยาน  
ผัดเลน ไม่สวม  
หมวกกันน็อค

คนขับรถยนต์  
ไม่มองทาง

อุบัติเหตุ

ความเลียง 1



ความเลียง 2



ความเลียง 3



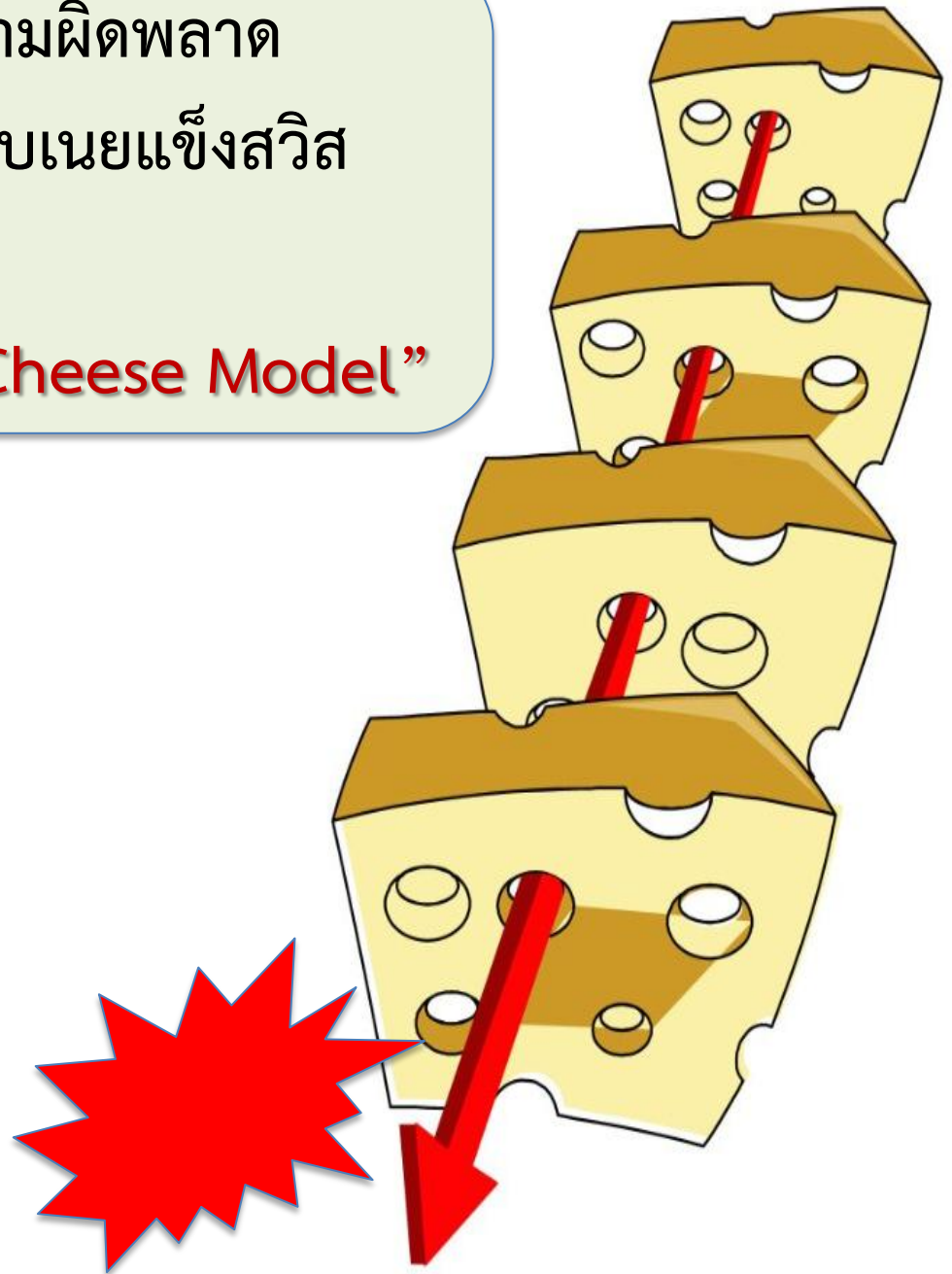
ความเลียง 4



รถชนกัน

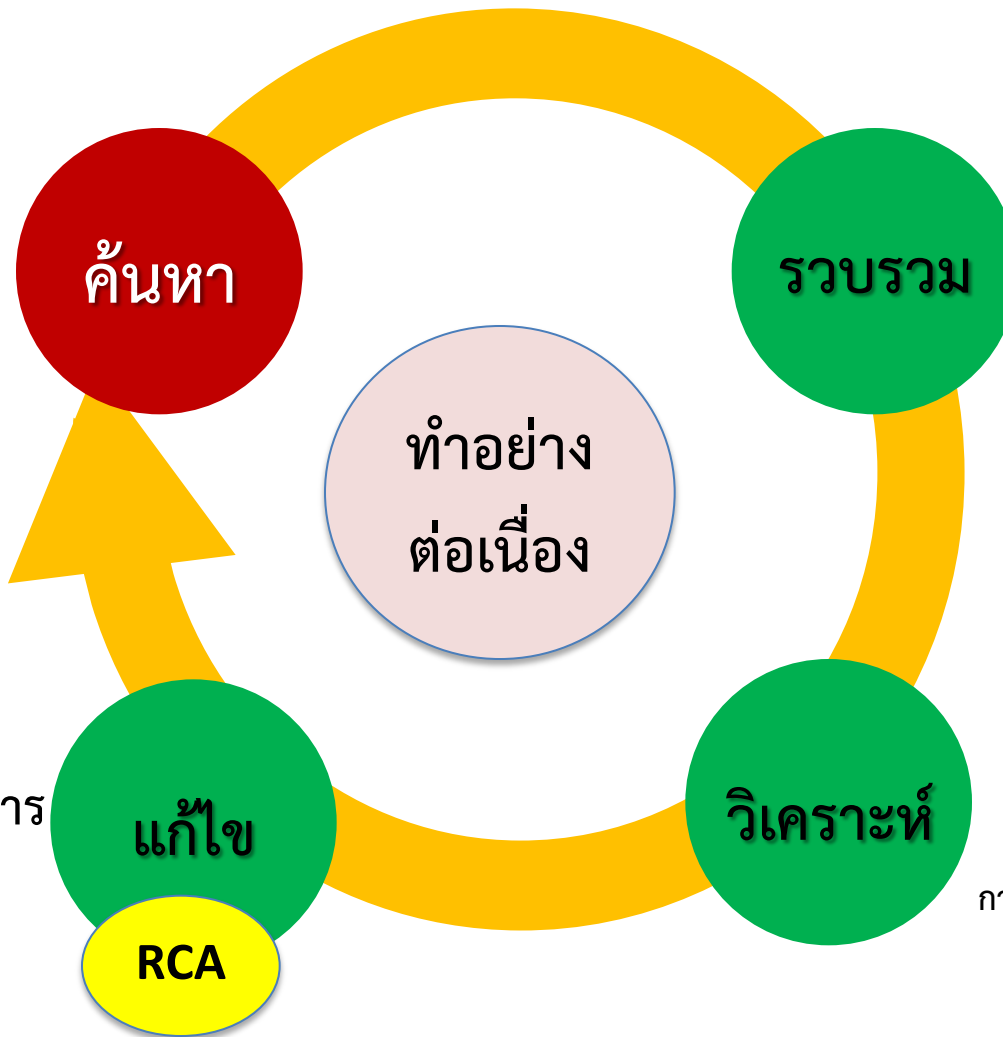
ความผิดพลาด  
รูปแบบเนยแข็งสวิส

“Swiss Cheese Model”



การค้นหา

การบริหารจัดการ



การปฏิบัติตามมาตรการ  
ความเสี่ยงระดับ รพ.

การป้องกันการเกิดซ้ำ

กระบวนการบริหารความเสี่ยง