โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
Charoenkrung Pracharak Hospital

Root cause analysis

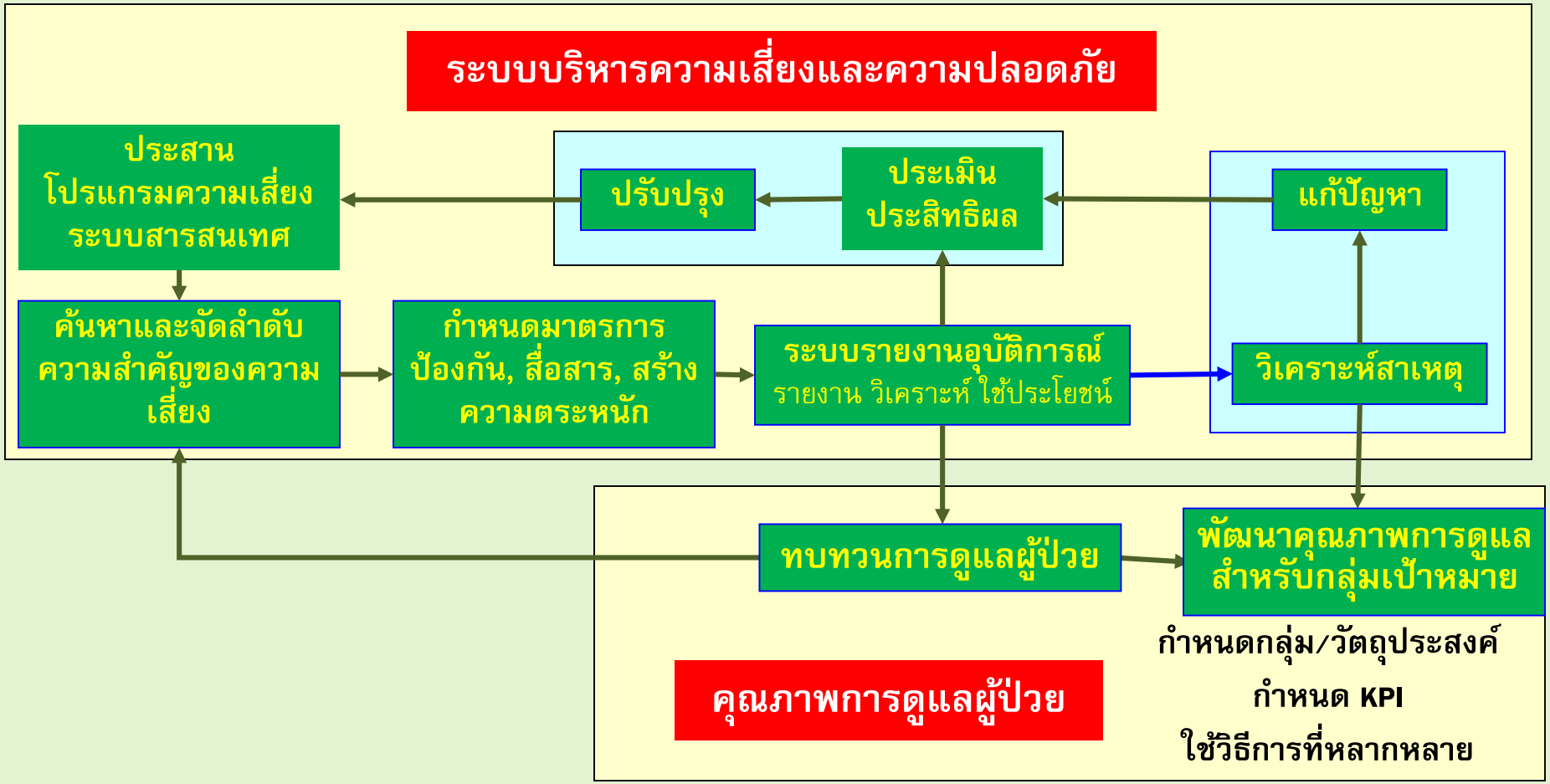
จุดจี๊ดของปัญหา

นพ.วิสุทธิ์ อนันต์สกุลวัฒน์

จุดจี๊ดของปัญหา

- 1.โรงพยาบาล, หน่วยงานสามารถค้นหา AE ให้พบได้ แต่ไม่สามารถทบทวน RCA หน่วยงานได้มากพอ
- 2. คุณภาพของการทำ RCA ของโรงพยาบาล ยังเกิดAE เรื่องเดิมขึ้นอีก

ความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ
(Risk, Safety, and Quality Management System)



จุดเน้นในการพัฒนาทางคลินิก

- อะไรคือโรคที่สำคัญ
(เสี่ยงสูง, พบบ่อย, ผลลัพธ์ไม่ดี, ต้องประสานกัน,ยืดเยื้อ)
- อะไรคือประเด็นสำคัญในโรคดังกล่าว

จะปรับปรุงการดูแลโรคดังกล่าวได้อย่างไร

ใช้การทบทวนหาสาเหตุ / นำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาวิเคราะห์ (Adverse Event / Root Cause Analysis)

ใช้แนวคิดองค์รวม/มุมมองของทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามอง

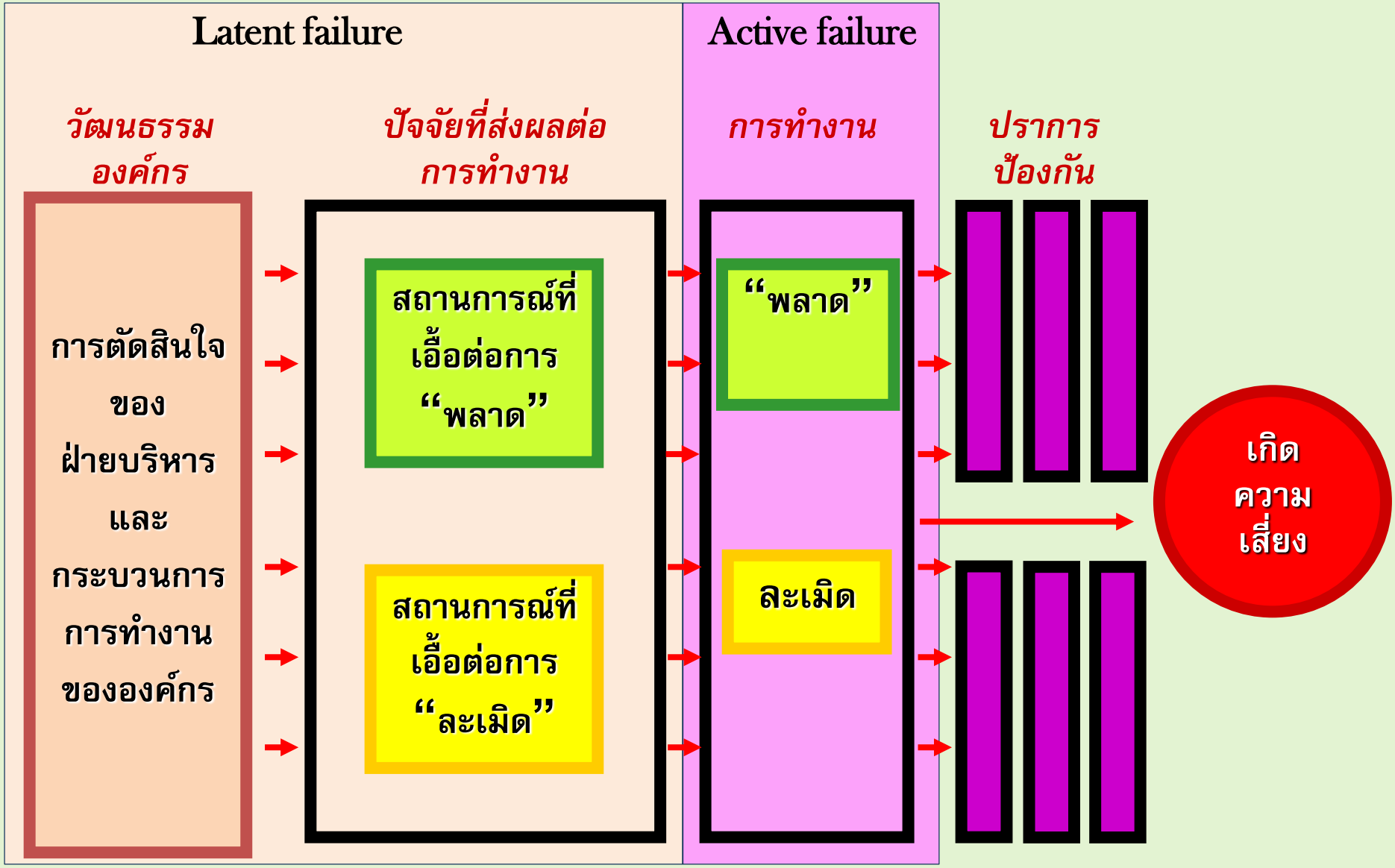
ใช้ความรู้วิชาการเข้ามาเทียบ (Gap Analysis)

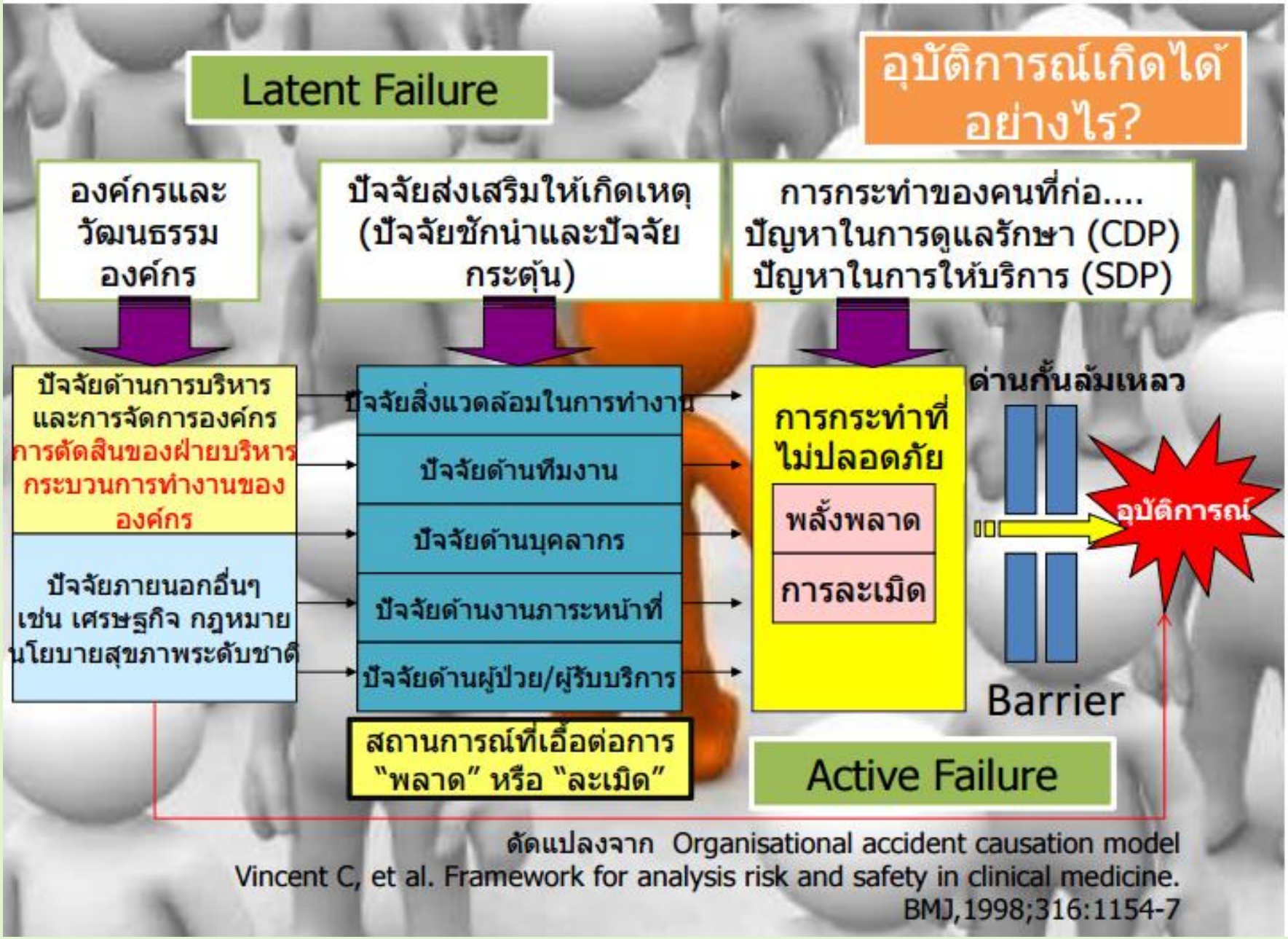
ใช้เครื่องชี้วัดเข้ามาวัด (Indicator Monitoring)

RCA คืออะไร

- การวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง หรือสาเหตุรากของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นๆ โดยมุ่งเน้นที่ระบบ/กระบวนการ เพื่อขจัดสาเหตุที่แท้จริงหรือสาเหตุรากนี้ให้หมดไป

แบบจำลองการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากความผิดพลาดของมนุษย์




Latent Failure
อุบัติการณ์เกิดได้อย่างไร?
องค์กรและวัฒนธรรมองค์กร
ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดเหตุ (ปัจจัยชักนำและปัจจัยกระตุ้น)
การกระทำของคนที่ก่อ.... ปัญหาในการดูแลรักษา (CDP) ปัญหาในการให้บริการ (SDP)
ปัจจัยด้านการบริหารและการจัดการองค์กร
การตัดสินของฝ่ายบริหาร
กระบวนการทำงานขององค์กร
ปัจจัยภายนอกอื่นๆ เช่น เศรษฐกิจ กฎหมาย นโยบายสุขภาพระดับชาติ
ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
ปัจจัยด้านทีมงาน
ปัจจัยด้านบุคลากร
ปัจจัยด้านงานภาระหน้าที่
ปัจจัยด้านผู้ป่วย/ผู้รับบริการ
สถานการณ์ที่เอื้อต่อการ "พลาด" หรือ "ละเมิด"
การกระทำที่ไม่ปลอดภัย
พลั้งพลาด
การละเมิด
ด่านกั้นล้มเหลว
อุบัติการณ์
Barrier
Active Failure
ดัดแปลงจาก Organisational accident causation model
Vincent C, et al. Framework for analysis risk and safety in clinical medicine.
BMJ,1998;316:1154-7

- ช่องโหว่ของระบบต่างๆเกิดจากปัจจัย 2 ประการ คือ active failure และ latent failure
- Active failure (ความล้มเหลวจริง) ได้แก่ การละเว้นไม่ทำตามข้อตกลง หรือทำในสิ่งที่ไม่ได้เป็นข้อตกลง

มองเห็นสาเหตุเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ง่าย

- Latent failure (ความล้มเหลวแฝง) ได้แก่ ความบกพร่องของระบบ ที่เอื้อให้เกิดความผิดพลั้งขึ้น

มองเห็นได้ยาก

ถ้าไม่มีการวิเคราะห์ จุดอ่อนที่แฝงอยู่ในระบบ

ประโยชน์ของการทำ RCA

1. องค์กรมองเห็นจุดเสี่ยงหรือจุดอ่อน ในกระบวนการ สาเหตุที่อยู่เบื้องหลัง และแนวทางแก้ไขปรับปรุงการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จะทำให้เกิดความปลอดภัย
2. ลดโอกาสเกิดความเสี่ยง เน้นปรับปรุงระบบไม่เน้นจับผิดคน
3. สามารถเผยแพร่ให้องค์กรหรือหน่วยงานอื่นได้รับทราบ

เมื่อไรจึงควรทำ RCA

1. Sentinel event
2. Adverse event esp. serious adverse event (level G , H , I)
3. Near miss

ความหมายของ near miss

- **Near miss ,close call, potential adverse event**

  is an event or situation that has the potential to harm a patient but does not produce patient injury only because of chance, prevention, or mitigation

  คือเหตุการณ์(มักเป็น **error**) ที่มีโอกาสทำอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตรายจริง เพราะระบบดักจับป้องกันได้ก่อนถึงผู้ป่วย(**intercept**) หรือให้การแก้ไขทันท่วงที หรือโชคช่วย

- Aspden, P., M. Institute of, and I. NetLibrary, Patient safety:achieving a new standard for care . 2004, Washington, D.C.:

- **Near Miss:** "Used to describe any process variation which did not affect the outcome but for which a recurrence carries a significant chance of a serious outcome. Such a near miss falls within the scope of the definition of a sentinel event, but outside the scope of those sentinel events that are subject to review by the Joint Commission under its Sentinel Event Policy."

โรงพยาบาล A ยังไม่มีระบบสั่งยาทางคอมพิวเตอร์

พยาบาลและเภสัชกรต้องเดาลายมือแพทย์ที่เขียนหวัดว่าสั่งยาอะไร ขนาดความแรงเท่าใด ใน Doctor order sheet แต่คนไข้ยังได้รับยาขนาดถูกต้อง

1. กรณีนี้นับเป็นความผิดพลั้ง (medical error) หรือไม่เป็น medication error ? ระดับใด
2. จะนับเป็น near miss หรือไม่

เฉลยคำถามข้อที่ 1

1. ยังไม่ใช่ medical error เพราะทุกคนทำตามแนวทาง
2. เป็น medication errors level A
3. ไม่ใช่ near miss เพราะไม่มี potential ที่จะทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

คำถามที่ 2

แพทย์สั่งยา B complex ให้รับประทานวันละ 1 เม็ดแต่พยาบาลคนแรกลอกคำสั่งผิด เป็นรับประทานวันละ 2 ครั้ง หัวหน้าเวรตรวจพบจึงได้แก้ไขจนถูกต้องก่อนการจัดยาแก่ผู้ป่วย

1.จะนับเป็น error หรือไม่ ระดับใด

2. เป็น near miss หรือ ไม่

เฉลยคำถามที่ 2

1. เป็น medication error level B
2. ไม่ใช่ near miss เพราะถึงแม้จะถึงผู้ป่วยคือได้ยาก็ไม่อันตราย

คำถามข้อที่ 3

โรงพยาบาล B อยู่ในขั้นแรกของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เมื่อลงไปตรวจละเอียดพบว่ามีการจัดยาและบริหารยาแก่ผู้ป่วยโดยใช้เบอร์เตียง คนไข้ยังได้ยาถูกชนิด ถูกความแรง ตรงเวลา

จะนับเป็น error หรือ ไม่ เป็น near miss หรือไม่

เฉลยคำถามข้อที่ 3

นับเป็น medication error level A

ไม่เป็น near miss

คำถามข้อที่ 4

คนไข้เป็น UTIแพ้ยา Penicillin แพทย์สั่งฉีดยา Ampicillin 2 g iv ทุก 8 ชั่วโมง เมื่อพยาบาลเตรียมยาฉีดให้แก่ผู้ป่วยได้ถามประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยจึงระงับการบริหารยา

1. เป็น error ระดับใด
2. จะนับเป็น adverse event หรือ ไม่
3. เป็น near miss หรือ ไม่

เฉลยคำถามข้อที่ 4

1. เป็น error ระดับ B
2. ไม่นับเป็น adverse event เพราะ AE เน้นผลลัพธ์ที่เกิดบาดเจ็บ อันตรายแก่ผู้ป่วย
3. เป็น near miss แน่นอน เพราะถ้าถึงผู้ป่วยจะอันตรายสูง ต้องทำ RCA (มี potential)

มากกว่าร้อยละ 90 ของ near miss เป็นกลุ่มนี้

คำถามที่ 5

พยาบาลเวรบ่ายได้เตรียมยา Ampicillin 2 g เพื่อจะไปฉีดให้แก่ผู้ป่วย แต่พบว่าผู้ป่วยให้ประวัติแพ้ยา penicillin และเวรเช้าผู้ป่วยได้รับยาไปแล้ว 1 dose ได้รีบไปตรวจร่างกาย ซักถามอาการของผู้ป่วยไม่พบมีความผิดปกติใดๆ

1. กรณีนี้นับเป็น adverse event หรือ ไม่
2. เป็น error หรือ ไม่ ระดับใด
3. เป็น near miss หรือ ไม่

เฉลยคำถามที่ 5

1. กรณีนี้ไม่นับเป็น adverse event เพราะผลลัพธ์ไม่มีอันตราย
2. เป็น med error ระดับ D
3. เป็น near miss เพราะมี potential ที่จะเกิดอันตรายสูง คนไข้ได้ยาที่แพ้ ต้องRCA หาจุดอ่อนของระบบในโรงพยาบาล และวางแนวทางแก้ไข

คนไข้บังเอิญโชคดี ไม่อันตราย

คำถามข้อที่ 6

ที่หอผู้ป่วยพบว่า มีการฉีด insulin แก่คนไข้ผิดคน เมื่อ 10 นาที ที่แล้วจึงแจ้งแพทย์ทราบ แพทย์สั่งให้ฉีด 50% glucose 50 cc แก่ผู้ป่วย พบว่าไม่มีอาการผิดปกติตั้งแต่แรกและในภายหลัง เจาะ DTX ครั้งแรกได้ 92 mg% และ 155 mg% ในอีกหนึ่งชั่วโมงภายหลัง

1.กรณีนี้นับเป็น adverse event หรือไม่

2. จะนับเป็น error ระดับใด

3. เป็น near miss หรือ ไม่

เฉลยคำถามข้อที่ 6

1.กรณีนี้ไม่นับเป็น adverse event เพราะคนไข้ไม่อันตราย

2. จะนับเป็น error ระดับ D

3. เป็น near miss เพราะมีโอกาสทำให้คนไข้เกิดอันตรายจาก hypoglycemia นับทั้งที่ถึงตัวผู้ป่วยแล้ว

คนไข้รายนี้ได้รับการช่วยเหลือหลังเกิด error จนไม่มีอาการเลย แต่ต้องทบทวนRCA

คำถามข้อที่7

แพทย์สั่งยาแก้ปวดหลังผ่าตัด paracetamol (500 mg) oral 1 tab เมื่อมีอาการปวดทุก 6 ชั่วโมง พยาบาลเกือบให้ยา 2 เม็ดเมื่อผู้ป่วยแจ้งว่ามีอาการปวด แต่พยาบาลคู่เวรดักจับได้ จึงให้ยาแก้ปวดแค่ 1 เม็ด

1. เป็น error ระดับใด
2. เป็น near miss หรือ ไม่

เฉลยคำถามข้อที่7

1. เป็น error ระดับ B
2. ไม่เป็น near miss เพราะไม่เกิดอันตรายถึงแม้ได้รับ Paracetamol ไป 2 เม็ด

สรุปเราต้องพิจารณาว่า error นั้นมี potential ที่จะทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย จึงนับเป็น near miss หรือ potential adverse event ต้องRCA

ไม่ใช่ว่า error ทุกอย่างที่ไม่ถึงผู้ป่วย(level A B) คือ near miss ไม่ต้อง RCA

หลักการของ RCA

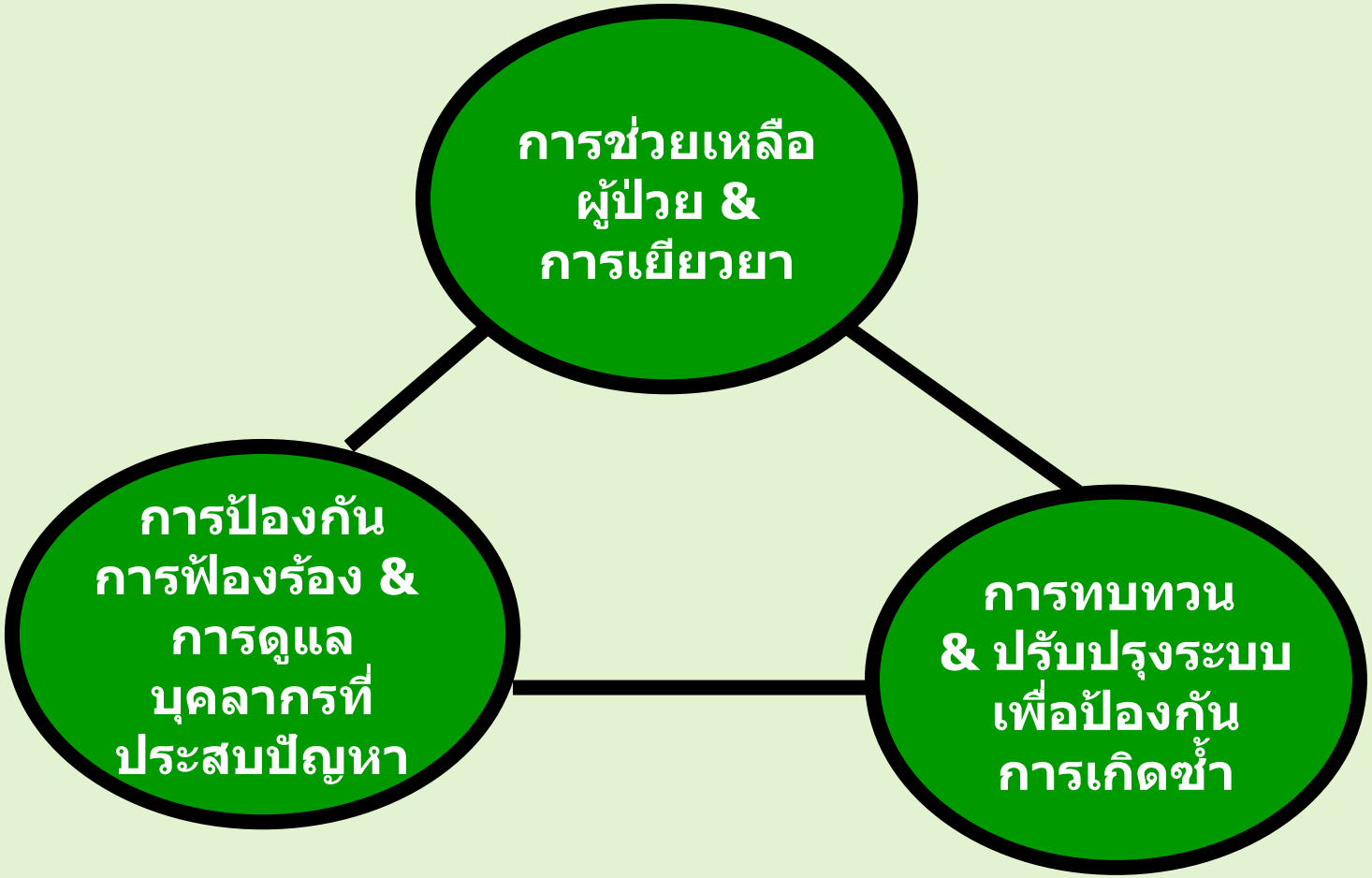
1. มุ่งเน้นเป็นระบบและกระบวนการ ไม่ใช่การกระทำของบุคคล
2. เริ่มจากหาสาเหตุเบื้องต้นในกระบวนการไปสู่สาเหตุที่ซ่อนในระบบ
3. วิเคราะห์อย่างถ้วนถึงอย่าด่วนสรุป
4. เจาะลึกด้วยคำถามทำไมซ้ำแล้วซ้ำอีก
5. ทำงานเป็นทีมเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง

เชื่อมโยงสาเหตุเข้าสู่ระบบงาน

a. คน
b. เครื่องมือ
c. สิ่งแวดล้อม
d. ปัจจัยภายนอกที่ควบคุมไม่ได้
e. อื่น ๆ

a. ทรัพยากรมนุษย์
b. การบริหารสารสนเทศ
c. การบริหารสิ่งแวดล้อม
d. การนำ/วัฒนธรรมองค์กร
e. การส่งเสริมการสื่อสาร
f. การสื่อสารสิ่งสำคัญ
g. ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้

การจัดการเพื่อควบคุมความเสียหาย



ผู้เขียน : น้องนุช ภูมิสนธิ์ 24 พ.ย.2551

สิ่งที่ต้องทำมีอะไรบ้าง

- เชิญประชุมผู้เกี่ยวข้อง
- เดินย้อนรอยเหตุการณ์
- เก็บภาพ หลักฐาน
- ผู้เกี่ยวข้องให้ข้อมูล
- สรุปสาเหตุของทุกข้อ แยกอะไรป้องกันได้ อะไรป้องกันไม่ได้
- กำหนดเป็นแนวทาง สื่อสารให้ทุกคนทราบ
- ใครจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและดูแลญาติ และเป็นตัวกลางในการติดต่อประสานงานจนกว่าจะสิ้นสุด
- หลังการปรับเปลี่ยน จะติดตามและประเมินผลอย่างไร ทุกเท่าไร ใครรับผิดชอบ

การจัดตั้งทีม

. การจัดตั้งทีม

อาจเป็นทีมที่มีอยู่แล้วในหน่วยงาน หรือทีมเฉพาะกิจ ต้องประกอบด้วย

- ผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด และมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นเป็นอย่างดี
- ผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลง
- ผู้มีอำนาจตัดสินใจ
- ผู้ที่มีทักษะในการวิเคราะห์
- ผู้ที่มีฐานความรู้กว้าง
- ผู้ที่มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง

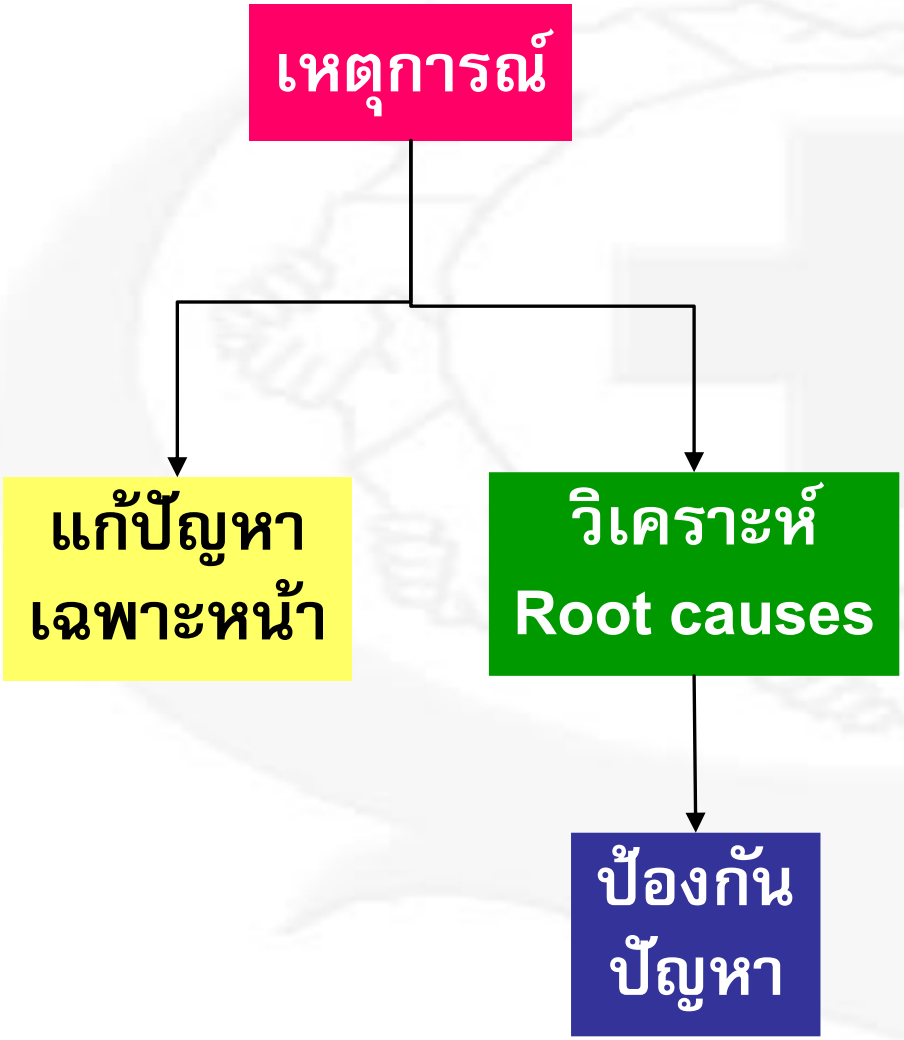
เทคนิคในการทำ Root Cause Analysis

- ตั้งโจทย์/ระบุปัญหาหรือ AE ให้ชัดเจน
- ศึกษาปัญหา/สถานการณ์ให้เร็ว
- หาสาเหตุเบื้องต้น/ใกล้ชิดกับเหตุการณ์ (proximal cause)
- วิเคราะห์หาสาเหตุเบื้องหลัง
- คัดเลือก root cause (เชื่อมโยงกับระบบอะไร)
- ออกแบบและแก้ไขปัญหาเชิงระบบ

ทุกเหตุการณ์จะต้องตอบคำถามเหล่านี้ให้ได้

1. เกิดอะไรขึ้น
2. ทำไมจึงเกิด
3. จะป้องกันอย่างไร ไม่ให้เกิดขึ้นอีก

Root Cause Analysis



- การแก้ปัญหาที่ยั่งยืนจะต้องแก้ไขที่ปัจจัยที่เป็นสาเหตุรากของปัญหา
- การทำ RCA อาจทำได้หลายแนวทาง ตั้งแต่แนวทางที่เรียบง่าย ไปถึงแนวทางที่ซับซ้อน

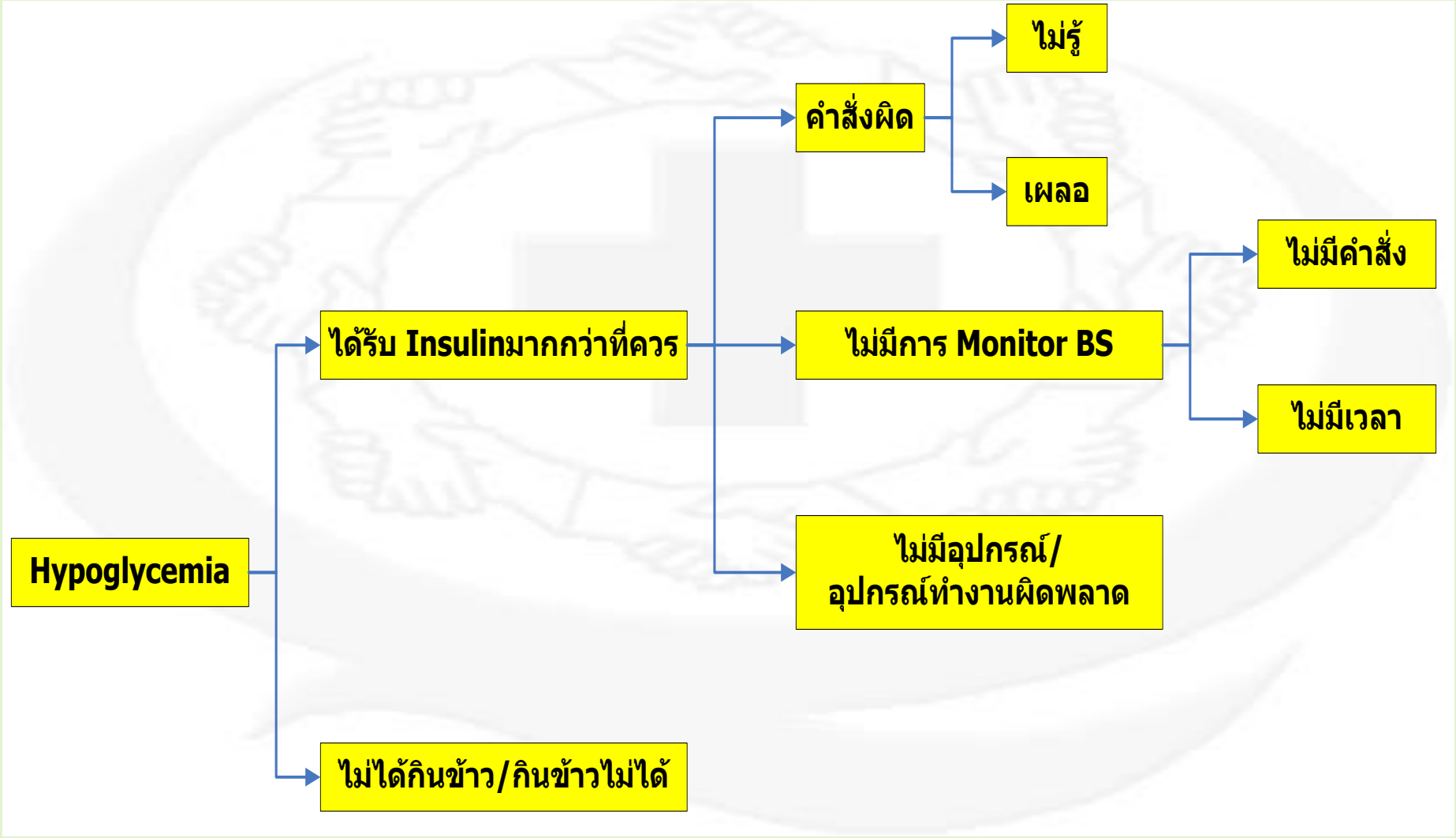
RCA 1: แบบเรียบง่าย(turning point)

- ไม่วิเคราะห์บนกระดาษ
- วิเคราะห์จากเหตุการณ์จริง
- การเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจหรือพฤติกรรมตรงจุดใดที่อาจทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนไป <u>ต้องหาจุดเปลี่ยน</u>
- จะออกแบบระบบหรือสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างไร เพื่อให้เกิดการตัดสินใจหรือพฤติกรรมที่คาดหวัง

RCA 2: ย้อนรอยอดีต(cognitive walk through)

ขอให้ผู้อยู่ในเหตุการณ์ย้อนรอยอดีต
ที่เกิดขึ้นและบอกเล่าความคิด ความรู้สึก
ความต้องการในขณะที่ปฏิบัติงานออกมาดังๆ

RCA 3: Conventional WHY

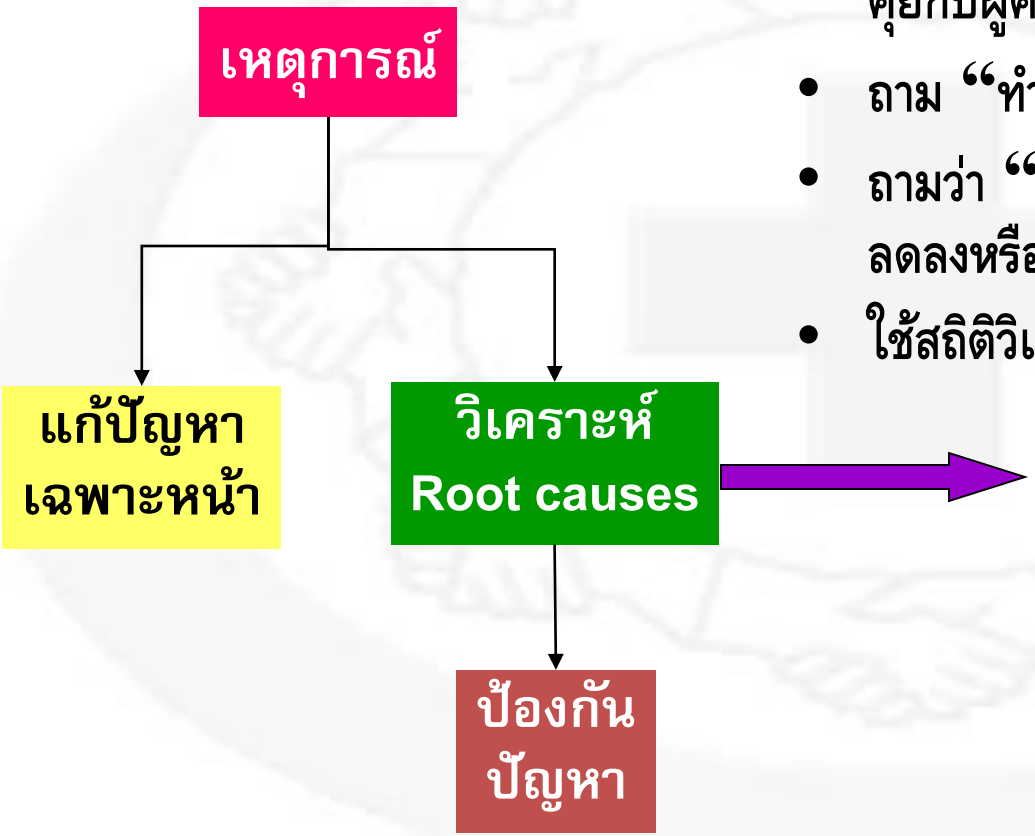


RCA 4: พิจารณาปัจจัยรอบด้าน(comprehensive scan)

- ผู้ป่วย
- ผู้ให้บริการ
- งาน
  - การออกแบบกระบวนการทำงาน
  - การควบคุมกระบวนการทำงาน
- ทีมงาน
  - การสื่อสาร
- สิ่งแวดล้อม
  - สิ่งแวดล้อมทั่วไป
  - สมาธิและการรบกวน
  - เครื่องมือและเทคโนโลยี
- องค์กร
  - ผู้นำและวัฒนธรรม
  - การบริหารความเสี่ยง
  - การให้ความรู้ การฝึกอบรม การมีข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น

เมื่อเกิดเหตุการณ์ ควรเข้าใจสาเหตุที่แท้จริง

- วิเคราะห์จากเหตุการณ์จริง เข้าไปดูในสถานที่จริง คุยกับผู้คนที่เกี่ยวข้อง
- ถาม "ทำไม" เพื่อโยงไปสู่ปัจจัยองค์กร
- ถามว่า "ถ้าจัดการตรงสาเหตุนี้แล้ว ปัญหาจะลดลงหรือหมดไปหรือไม่"
- ใช้สถิติวิเคราะห์เมื่อจำเป็น



ข้อมูลข่าวสาร
การศึกษา/ฝึกอบรม
การสื่อสาร
สิ่งแวดล้อมในการทำงาน
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ
ความพร้อมของเครื่องมือ
การออกแบบกระบวนการทำงาน
การควบคุมกระบวนการทำงาน
การบริหารความเสี่ยง
การนำและวัฒนธรรมองค์กร

Learning from Error & Mistake

หญิงครรภ์ที่ 1 ครบกำหนด มีน้ำเดินปาก มดลูกเปิด 2 ซม. Effacement 80% Station -2 moderate meconeum stained FHR สม่ำเสมอดี 140-160 ครั้ง/นาที คะเนน้ำหนักเด็กประมาณ 3,200 กรัม หลังสังเกตอาการในห้องคลอด 6 ชม. เกิด arrest of dilatation 2 ชม. FHR ไม่สม่ำเสมอ ประมาณ 100-120 ครั้ง/นาที พยาบาลห้องคลอดตามแพทย์แต่ติดผ่าตัดอยู่หลังจากนั้น 1 ชม.ได้นำผู้ป่วยไปผ่าตัดคลอดพบเด็กคลอดน้ำหนัก 3,940 กรัม Apger 2,5 ได้ตามกุมารแพทย์มาดูเด็กต่อ เด็กอาการไม่ดีต้องเข้า NICU 2 วันต่อมาเสียชีวิต ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจมาก

Learning from Error & Mistake

Background : Term in labor moderate meconeum stained of amniotic fluid

Intervention 1 : ประเมินผู้คลอด ขนาดและท่าของเด็ก ตัดสินให้ลองคลอด

Outcome 1 : arrest of dilatation และหัวใจลูกเต้นไม่สม่ำเสมอ

Intervention 2 : ติดต่อแพทย์มาตัดสิน

Outcome 2 : แพทย์ติดผ่าตัดต้องรอ

Learning from Error & Mistake

Intervention 3 : นำผู้ป่วยไปผ่าตัดคลอด

Outcome 3 : เด็กเกิดน้ำหนัก 3,940 กรัม Apger 2,5

Intervention 4 : ตามกุมารแพทย์มาดูแลเด็กต่อ

Outcome 4 : เด็กเกิด Meconeum aspirated syndrome ต้องย้ายเข้า NICU

Intervention 5 : ได้ให้ยาตามมาตรฐานเต็มที่

Outcome 5 : เด็กเสียชีวิต 2 วันหลังคลอด ญาติไม่พอใจ

Learning from Error & Mistake

หลังเหตุการณ์นี้ ซึ่งเป็น serious adverse event จึงต้องรีบเก็บข้อมูลซักถามจากผู้เกี่ยวข้อง จะต้องทำ root cause analysis แบบสหสาขาวิชาชีพ

- ทีมสูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลNICU หัวหน้าพยาบาล ตัวแทนองค์กรแพทย์ และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

Learning from Error & Mistake

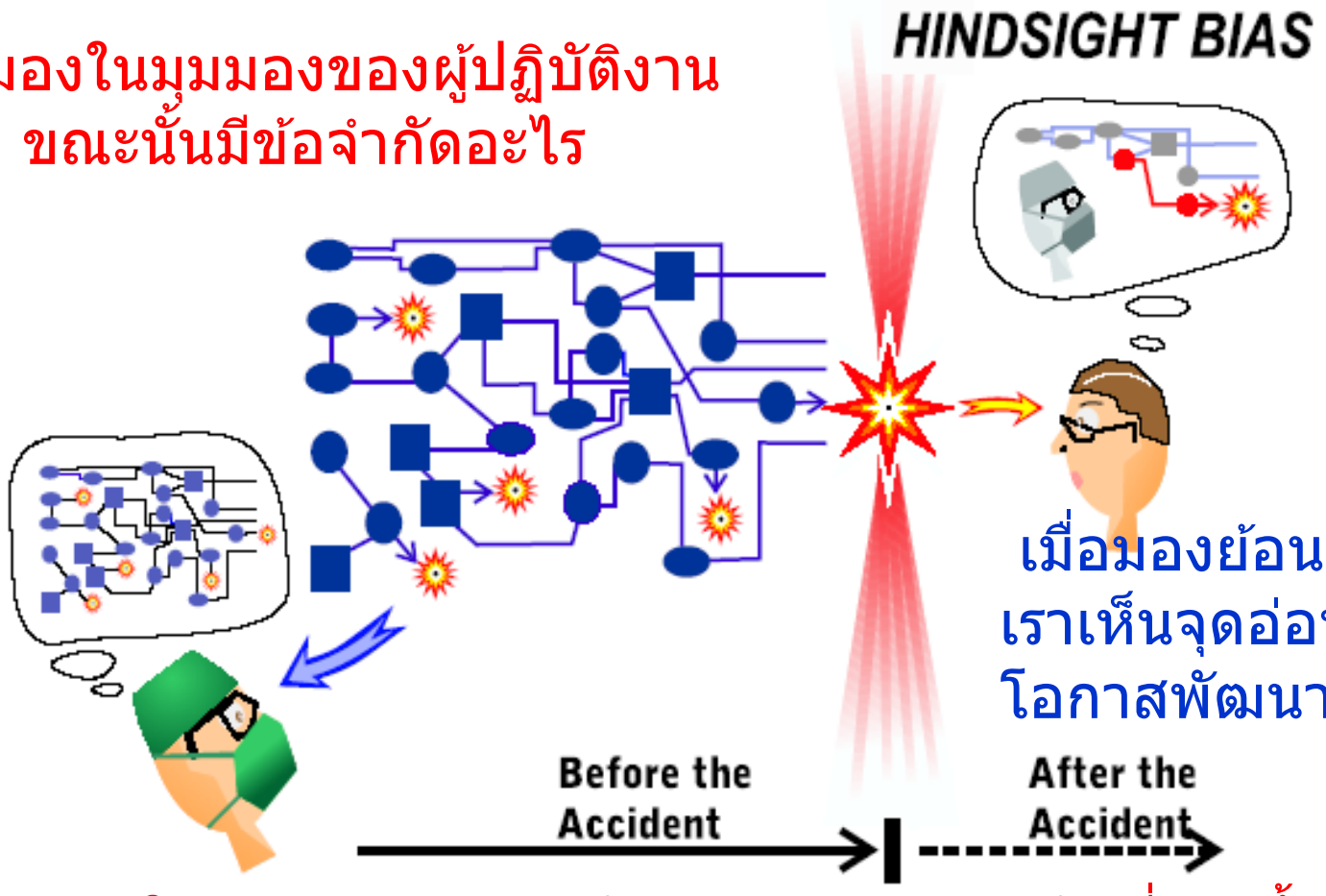
- โจทย์ เด็กเสียชีวิตจากขาดออกซิเจนและสำลักขี้เทา
- RCA 4 แบบ

1. แบบเรียบง่าย มองไปตรงจุดเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ทำให้เกิดเรื่อง "การขาดความพร้อมของแพทย์มาประเมินและผ่าตัดผู้ป่วยที่ห้องคลอดเมื่อเกิด arrest of dilatation ร่วมกับหัวใจลูกเต้นไม่สม่ำเสมอ"

2. ย้อนรอยอดีต ให้ผู้อยู่ในเหตุการณ์ ย้อนรอยอดีตและบอกเล่าความคิดความรู้สึก ความต้องการออกมาดังๆ ส่วนใหญ่วิธีนี้ทางโรงพยาบาลไม่ค่อยได้ใช้ แต่ได้ใช้การไล่เลียงลำดับเหตุการณ์ตั้งแต่ต้นเพื่อหาข้อมูล errors ที่สำคัญก่อนมาเข้าประชุม

มองทุกมุมอย่างไม่มีอคติ

เมื่อมองในมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน
ขณะนั้นมีข้อจำกัดอะไร



เมื่อมองย้อนหลัง
เราเห็นจุดอ่อนหรือ
โอกาสพัฒนาอะไร

เมื่อมองในมุมมองของการพัฒนา จะลดข้อจำกัดที่เกิดขึ้นกับ
ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการกระทำที่พึงจะเกิดขึ้นได้อย่างไร

Learning from Error & Mistake

RCA 4 แบบ (ต่อ)

3. conventional why ถามทำไมไล่เรียงเหตุการณ์ตั้งแต่ต้น

4. พิจารณาปัจจัยให้รอบด้าน จะนำมาใช้คิดตอนท้าย เพื่อหาจุดอ่อนของโรงพยาบาล คิดถึงปัจจัยของผู้ป่วย ผู้ให้บริการงาน (การออกแบบและควบคุมกระบวนการ) การสื่อสาร สิ่งแวดล้อมรวม เครื่องมือ องค์กรเรื่องการให้ความรู้ ฝึกอบรม มีข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น อาจใช้ผังก้างปลามาช่วยคิด

Learning from Error & Mistake

ในกรณีนี้หากไล่เลียงตั้งแต่คนไข้มาห้องคลอด อาจมี errors ของระบบหลายอย่าง

1. การประเมินผู้ป่วยของพยาบาลห้องคลอด มีความคลาดเคลื่อนในการคะเนน้ำหนักเด็ก และควรต้องรู้ว่ากรณีเด็กตัวค่อนข้างโต น้ำเดิน มี moderate meconeum stained เป็น case ไม่ปกติ ควร notify แพทย์ตั้งแต่แรก

Learning from Error & Mistake

- ทำไมพยาบาลห้องคลอดไม่ได้ตามสูติแพทย์
  - ขาดประสบการณ์ : จัดระบบดูแลพยาบาลจบใหม่
  - เรายังไม่มีแนวทาง : จัดทำแนวทางตามแพทย์
  - เรามีแนวทางแต่บางคนไม่รู้? : สื่อสารในหน่วยงานได้ดีไหม ดักจับคนละเมิด?

Learning from Error & Mistake

2. หากตามแพทย์มาดูแล้ว บอกให้ลองคลอดมี **error** เรื่องแพทย์วางแผนผิด? หรือคิดให้ลองดู **progress**แค่ **2-4** ชม. หากล่าช้าจะผ่าคลอดเลย

- แพทย์ไม่ได้สื่อสารชัดเจนถึงแผนการรักษาให้พยาบาลห้องคลอดหรือไม่ เลยต้องรอถึง 6 ชั่วโมง
- ตกลงตั้งแนวทางว่าในกรณีมีความเสี่ยง แพทย์ควรมีการสื่อสารชัดเจนในแผนการดูแลผู้ป่วยแก่พยาบาลห้องคลอด

Learning from Error & Mistake

3. ย้อนดูหลักฐาน **fetal heart rate pattern** มีหลักฐานการเฝ้าระวัง อาจเป็นกราฟ หรือเป็นบันทึกทุก 15 - 30 นาทีหรือไม่

➡ หากไม่มี ทำไมยังไม่มี เรามี guideline? และปฏิบัติหรือยัง

➡ เราควรมี Continuous monitor record?
แล้วแต่บริบทของโรงพยาบาล ถ้ามีจะเก็บข้อมูลจากกลุ่มใด?

Learning from Error & Mistake

4. ทำไมไม่มีแพทย์มาประเมินหรือผ่าตัดคนไข้เวลาเกิดกรณีฉุกเฉิน

- เรามีแนวทางข้อตกลงให้มีการตามแพทย์คนที่ 2 หรือ 3 หรือทุกคนในแผนก เพื่อมาช่วยผู้ป่วยหรือไม่
- ถ้าบอกเราไม่เคยมี ต้องทำข้อตกลงนี้และสื่อสารให้ทุกคนรับทราบว่าอาจถูกตามให้มาช่วยผู้ป่วย

Learning from Error & Mistake

5. **error** เรื่องความล่าช้าในการตามกุมารแพทย์มาดูแลหลังผ่าตัดคลอดทำไม? เพราะถ้ากุมารแพทย์มารับเด็กแต่แรกควรจะดีกว่า

➡ โรงพยาบาลเรามีแนวทางตามกุมารแพทย์มารับเด็กทันทีที่คลอดหรือผ่าตัดคลอดหรือไม่ ถ้ายังไม่มีต้องคุยกันจัดทำขึ้นและปฏิบัติ

Learning from Error & Mistake

6. การแจ้งข่าวร้ายทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเราทำได้ดีแล้วหรือยังทันทีหลังผ่าตัดคลอด ลูกเข้า **NICU** สามีผู้ป่วย ตัวผู้ป่วยและญาติอื่นต้องมีความกังวล

- เราไม่ได้แจ้ง หรือแจ้งล่าช้า?
- เราขาดทักษะการแจ้งข่าวร้ายทางการแพทย์ ถ้าขาดควรจัดแผนการอบรมทักษะแก่แพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาล
- นอกจากทีมไกล่เกลี่ยหน้างานแล้วเรามีทีมไกล่เกลี่ยกลางของโรงพยาบาล?

Learning from Error & Mistake

7. อื่น ๆ
   - การวินิจฉัยการพยาบาลมีปัญหาหรือไม่?
   - คุณภาพของเวชระเบียนทั้งของแพทย์และพยาบาล เป็นอย่างไรมีปัญหาบันทึกดีตามเวลาหรือไม่ พร้อม เป็นหลักฐานในศาลได้? แน่ใจว่ารอดแน่?

อาจใช้แผนภูมิCAUSE AND EFFECT

Risk correction action plan

- **1.** การจัดทำแนวทางการตามสูติแพทย์เมื่อพยาบาลพบความผิดปกติ ผู้รับผิดชอบ **PCT** สูติ
- **2.** การเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาลในห้องคลอด ผู้รับผิดชอบ **PCT** สูติ
- **3.** การจัดทำแนวทางการบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด ข้อมูลจาก **vital signs**แม่ และ **FHR pattern** จะ **continuous monitor** ในกลุ่มใด

Risk correction action plan

- 4. การจัดทำข้อตกลงให้แพทย์ท่านอื่นมาประเมินผู้ป่วยหรือผ่าตัดแทน กรณีแพทย์คนแรกติดcase ผู้รับผิดชอบ PCT สูติ
- 5. การทำแนวทางตามกุมารแพทย์มารับเด็ก ผู้รับผิดชอบ PCT สูติ กุมาร
- 6.การเพิ่มพูนทักษะการแจ้งข่าวร้ายทางการแพทย์ ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง องค์กรแพทย์ พยาบาล

คนไข้รายที่ 2

หญิงอายุ 28 ปี มาห้องอุบัติเหตุ เนื่องจากมีบาดแผลยาวที่ข้อมือจากการทำร้าย ตนเอง หลังจากแพทย์ตรวจรักษา เย็บแผลให้แล้วพบว่ายังมีอาการซึมเศร้าดูแปลกๆ ตั้งใจจะให้รับไว้ในโรงพยาบาลและปรึกษาจิตเวช แต่พบว่าเตียงเต็มได้ให้นอนพักในห้องสังเกตอาการ เมื่อถึงเวลา 16.00 น. มีการเปลี่ยนเวรพยาบาล สัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยเวรเช้าเป็น 1:1 แต่จะเป็น 1:2 ในเวรบ่ายและดึก พยาบาลสังเกตว่าผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนบนเตียง ผู้ป่วยอีกคนในความดูแลขอให้พยุงไปเข้าห้องน้ำ 5 นาทีหลังจากนั้นพบว่าคนไข้หายไปออกตามแต่ไม่พบ วันรุ่งขึ้นพบหญิงคนดังกล่าวลอยติดท่าน้ำใกล้โรงพยาบาล ตำรวจคาดว่าเป็นการฆ่าตัวตาย

<u>กรณีศึกษา</u> ผู้ป่วยหลบหนีออกจากห้องอุบัติเหตุและเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

RCA วิธีที่ 1 แบบเรียบง่าย

หาจุดเปลี่ยน

ขาดพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่เฝ้าระวังผู้ป่วยตลอดเวลาที่มีอาการซึมเศร้านอนสังเกตอาการทำให้หลบหนีจากโรงพยาบาลไปกระโดดแม่น้ำจมน้ำเสียชีวิต

RCA วิธีที่ 2 ย้อนรอยอดีต

(Cognitive walk through)

การไล่เรียงเรื่องราวจากผู้ปฏิบัติงาน

ผู้ป่วยกรีดข้อมือมาที่ห้องอุบัติเหตุ

ได้รับการประเมินและเย็บแผลโดยแพทย์

พบพฤติกรรมแปลกไม่กล้าให้กลับบ้านตั้งใจให้รักษาในโรงพยาบาล

เตียงเต็ม

ให้นอนสังเกตอาการในชุดที่ใส่มาโรงพยาบาล พยาบาลเฝ้า 1 คน ตลอดเวลา

พยาบาลเปลี่ยนเวรอัตราพยาบาล 1:ผู้ป่วย 2 คน

ผู้ป่วยอีกคนขอให้พาไปห้องน้ำ

ผู้ป่วยไม่ได้รับการเฝ้า

สามารถหลบหนีออกจากโรงพยาบาล

RCA วิธีที่ 3 Conventional Why

1. ทำไมไม่มีพยาบาล/เจ้าหน้าที่เฝ้าระวังคนไข้ซึมเศร้าพยายามฆ่าตัวตายตลอดเวลา เพราะขาดกำลังคน/ขาดการจัดการทำงานเป็นทีมในเวรเดียวกัน?

2. ทำไมไม่มีจิตแพทย์มาประเมินผู้ป่วยด้านสุขภาพปกติเพราะขาดแพทย์?

3. ทำไมคนไข้สามารถหนีไปจากโรงพยาบาล เพราะขาดการประเมินความเสี่ยงที่จะหลบหนีจากโรงพยาบาล?

4. ทำไม รปภ. หน้า ER ไม่สามารถดักจับเวลาคนไข้หลบหนีออกนอกโรงพยาบาลได้ เพราะไม่ได้ตกลงซ้อมไว้ก่อน ไม่ให้ผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีความเสี่ยงจะหลบหนีเปลี่ยนชุดเป็นของโรงพยาบาล

RCA วิธีที่ 4(comprehensive scan)

1. ผู้ป่วย : เป็นกลุ่มเสี่ยงดูยากมีภาวะทางจิต พยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว
2. ผู้ให้บริการ : จำนวนไม่พอ / ขาดทักษะการประเมินทางจิต
3. ระบบงาน : การออกแบบ / CNPG / การควบคุม / การกำกับโดยหัวหน้าหน่วยงาน
4. สิ่งแวดล้อม : เข้าออกได้ทางเดียว / ระบบรักษาความปลอดภัย / ออกแบบประตูให้ต้องใช้ Key Card

Risk Correction action plan

1. ให้คนไข้สังเกตจากที่ ER เปลี่ยนเสื้อผ้าใส่กาวน์ของโรงพยาบาลทุกคน
2. ต้องแก้ไขบุคลากรไม่เพียงพอ / ให้ OT
3. ปรับ CNPG ประเมินผู้ป่วยเสี่ยงฆ่าตัวตาย หรืออาจหลบหนีออกจากโรงพยาบาล หัวหน้าควบคุมกำชับให้มีการปฏิบัติจริงจังในทุกเวร

การทบทวนปัจจัยที่อาจเป็นจุดอ่อนของระบบ

	Suicide (24 hr. care)	Medication Error	Procedural Complication	Wrong site surgery	Treatment delay	Restraint death	Elopement death	Assault/ rape/ homicide	Transfusion death	Patient abduction	Unanticipated death of full term infant	Unintended retention of foreign body	Fall related
Behavioral assessment process (1)	X					X	X	X					
Physical assessment process (2)	X	X	X	X	X	X	X				X		X
Individual identification process		X		X					X				
Individual observation procedures	X				X	X	X	X	X		X		X
Care planning process	X		X			X	X				X		X
Continuum of care	X	X			X	X							X
Staff levels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Orientation & training of staff	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Competence assessment / credentialing	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Supervision of staff (3)	X	X	X		X	X			X			X	
Communication with individual/family	X	X		X	X	X	X			X			X
Communication among staff members	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Availability of information	X	X	X	X	X	X			X		X		X
Adequacy of technological support		X	X										
Equipment maintenance / management		X	X		X	X					X		X
Physical environment (4)	X	X	X	X		X	X	X	X	X			X
Security systems and processes	X					X	X	X		X			
Medication Management (5)		X	X		X				X		X		X

งานกลุ่มย่อยทบทวน RCA

- ทบทวนกรณีผู้ป่วย RCA
- 1 นำเสนอสาเหตุราก 3-5 ราก
- 2 risk correction action plan
- 3 เสนอแนวคิดให้ โรงพยาบาลมีการทบทวน RCA มากขึ้น มีการปรับปรุงระบบเพื่อความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

ผลของการทำ RCA

ด้านบวก	ด้านลบ
1. มุ่งเน้นปรับปรุงระบบมากกว่าบุคคล	1. ทีมRCA ต้องได้รับการฝึกอบรมเทคนิคทั้งหลายที่จะต้องใช้
2. ช่วยระบุจุดอ่อนของระบบ	2. ใช้เวลามาก
3. ใช้เทคนิคหลากหลายสืบค้นและวิเคราะห์ความบกพร่อง	3. ซับซ้อนมากเกินไปและไม่ได้รับประกันว่าจะได้คำตอบที่สมบูรณ์
4. เป็นระเบียบวิธีที่สมบูรณ์สำหรับดำเนินการ	4. ต้องใช้ทรัพยากรค่อนข้างมาก

Woloshynowych M, Rogers S, Taylor-Adams S, Vincent C. The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare. Health Technol Assess 2005;9(19).

จุดจี๊ดของปัญหา

- 1.โรงพยาบาล, หน่วยงานสามารถค้นหา AE ให้พบ แต่ไม่สามารถทบทวน RCA หน่วยงานได้มากพอ
- 2. คุณภาพของการทำ RCA ของโรงพยาบาล ยังเกิดAE เรื่องเดิมขึ้นอีก

1 แนวทางแก้ปัญหาให้มีการทำRCAมากขึ้น

1. ไม่รอทีมใหญ่จนครบ ไม่คิดว่าจะทำให้สมบูรณ์ไร้ที่ติ
2. Simple RCA วิธีที่1 คือ หาจุดเปลี่ยน
3. RCA หาแนวทางปรับปรุงแก้ไขหน้างาน →หากเกี่ยวข้องกับคนอื่น→สื่อสารขอความช่วยเหลือมาร่วมทบทวน

- 2.แนวทางแก้RCA แล้วยังเกิดเรื่องเดิมอีก
- ทบทวนดู Risk correction action plan ของเดิม
  - หาlatent failure จริงไหม หรือดูแต่ action failure
  - ดูแนวทางของโรงพยาบาลอื่น, Internet
  - สอบทานกับคำแนะนำ

สรุป

- Patient safety is the reduction of risk of unnecessary harm associated with healthcare to an acceptable minimum

Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms

- WILLIAM RUNCIMAN1*, PETER HIBBERT2, RICHARD THOMSON3, TJERK VAN DER SCHAAF4,HEATHER SHERMAN5 AND PIERRE LEWALLE6
- International Journal for Quality in Health Care 2009; Volume 21, Number 1: pp. 18–26