

ใบงาน 1: RCA

ความสำคัญ: การทำ RCA ที่ดีจะช่วยให้เกิดการป้องกันปัญหาในอนาคตที่ได้ผลโดยการนำปัจจัยองค์การมาพิจารณา

วิธีการ: 5 ขั้นตอนของการทำ RCA

- (1) เรียงร้อยเรื่องราว (timeline)
- (2) หาจุดเปลี่ยน (unsafe act)
- (3) รับฟังคนทำงาน
- (4) หาปัจจัยที่เป็น workplace factor และ organization factor
- (5) ออกแบบระบบด้วยความคิดสร้างสรรค์

กิจกรรม:

1. เรียงร้อยเรื่องราว ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนอุบัติการณ์ที่เคยทำ RCA ใน รพ. ของตนแล้วเลือกมา 1 เรื่อง เขียนลำดับเหตุการณ์สำคัญ

ลำดับเหตุการณ์																							
Day 1				Day				Day				Day				Day				Day			
0-	6-	12-	18-	0-	6-	12-	18-	0-	6-	12-	18-	0-	6-	12-	18-	0-	6-	12-	18-	0-	6-	12-	18-
<div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%;"></div>																							

2. หาจุดเปลี่ยนให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ว่าจุดเปลี่ยนที่มีโอกาสช่วยป้องกันปัญหาในอนาคตได้ หรือการกระทำ/ การตัดสินใจ ที่อาจนำมาสู่ความไม่ปลอดภัย (unsafe act) มีอะไรบ้าง อาจจะมีได้มากกว่า 1 จุด หากการเขียน flowchart ช่วยให้เกิดความเข้าใจดีขึ้นก็ให้เขียน flow chart ประกอบ

What เกิดอะไรขึ้น? ในมิติคุณภาพที่เกี่ยวข้อง

Who ใครเกี่ยวข้องบ้าง?

Where เกี่ยวข้องกับ area ไหนบ้าง? ระบบงานใดบ้าง?

Consequence คาดคะเน ผลกระทบอาจที่เกิดขึ้น มีความรุนแรงเพียงใด(worse scenario)?

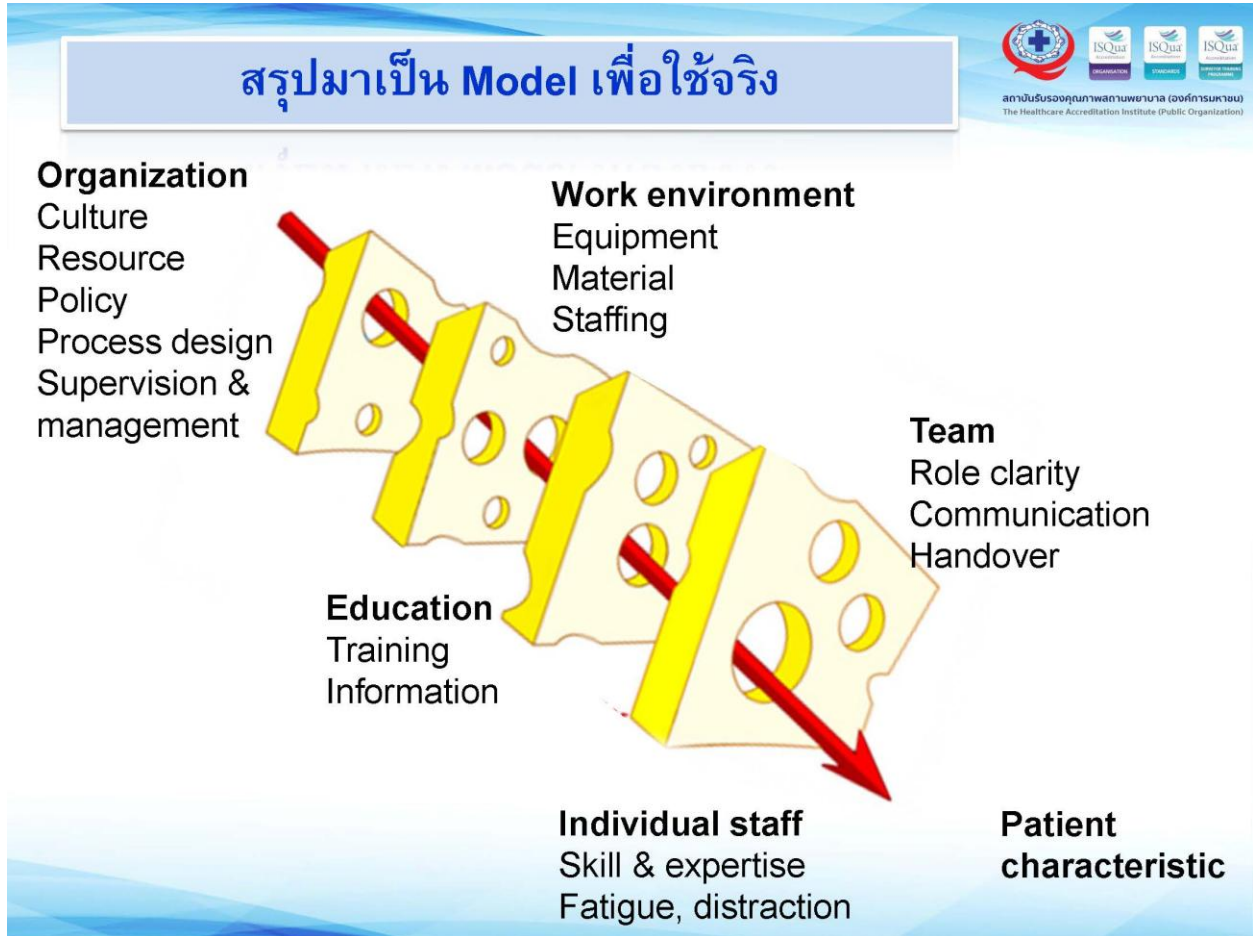
Likelihood มีโอกาสเกิดซ้ำหรือไม่?

3. รับฟังคนทำงาน ให้สมาชิกบางคนสมมติตนเองเป็นพนักงาน (อาจจะสมมติสถานการณ์ให้ใกล้เคียงความจริง) และให้เพื่อนในกลุ่มช่วยกันสัมภาษณ์เชิงลึก โดยอย่าให้มีบรรยากาศที่เป็นการกล่าวโทษและจับผิด

- (1) สถานการณ์ขณะที่เกิดเหตุการณ์เป็นอย่างไร
- (2) ได้รับข้อมูลอะไร
- (3) แปลความหมายของข้อมูลอะไร
- (4) มีข้อจำกัดในการทำงานอะไร
- (5) ต้องการการสนับสนุนอะไร
- (6) ถามทำไมซ้ำหลายๆ ครั้ง

4. หาปัจจัยสาเหตุ ให้ร่วมกันพิจารณาปัจจัยที่เป็น workplace factor และ organization factor ที่เกี่ยวเนื่องกับ unsafe act

พยายามอย่าให้จบที่ human error



มองทั้งแนวราบตาม process flow(VSM & care process)และตามแนวตั้ง

Local Workplace Factors	Organizational Factors
-------------------------	------------------------

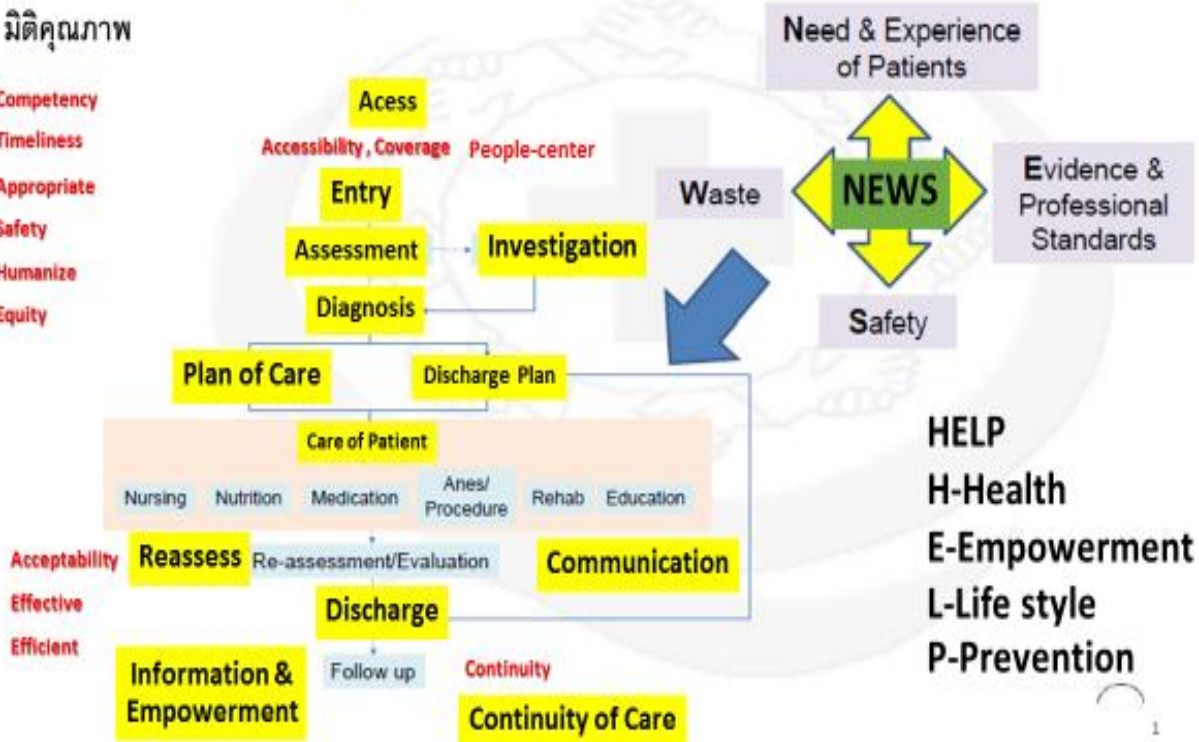
ลักษณะของผู้ป่วยมีผลต่อการเกิด AE หรือไม่	แนวทางอะไรที่ควรมีสำหรับผู้ป่วยที่มีลักษณะนี้
บุคลากรมีความเหนื่อยล้า เครียด เสียสมาธิ หรือไม่	การจัดระบบงานและสิ่งแวดล้อมอะไรที่จะป้องกันได้
บุคลากรมีความรู้และทักษะเพียงพอหรือไม่	การฝึกอบรมและการให้ข้อมูลอะไรบ้างที่จำเป็น ระบบเตือน (reminder system) อะไรที่จะช่วยได้
สมาชิกในทีมมีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่หรือไม่	มีการมอบหมายงานอย่างไร
สมาชิกในทีมได้รับข้อมูลที่ชัดเจนหรือไม่	แนวทางการบันทึกข้อมูล การสื่อสารและส่งต่อข้อมูลระหว่างสมาชิกที่จะช่วยป้องกันได้ควรเป็นอย่างไร
เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ สถานที่ มีความพร้อมหรือไม่	ระบบการจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ สถานที่/ สิ่งแวดล้อม อะไรที่ช่วยได้ มีทรัพยากรอะไรที่ต้องการเพิ่ม
	ระบบการติดตามกำกับและตอบสนองเป็นอย่างไร
	การออกแบบระบบงานเอื้อต่อการทำงานที่ปลอดภัยหรือไม่
	มีนโยบายอะไรที่เป็นอุปสรรคในเรื่องนี้
	วัฒนธรรมองค์กรเป็นอย่างไร

Patient Care process

HIM-BR (holistic, Innovation, Multidis Benchmark, R2R)

มิติคุณภาพ

- Competency
- Timeliness
- Appropriate
- Safety
- Humanize
- Equity



การเข้าถึงบริการ (**Accessibility**): ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ตามข้อบ่งชี้ และในเวลาที่เหมาะสม

การยอมรับ (**Acceptability**)

ความเหมาะสม (**Appropriateness**): ความถูกต้องตามข้อบ่งชี้ตามความจำเป็นของผู้ป่วยและหลักวิชาการ

ความสามารถ (**Competency**): ระดับความรู้ ทักษะ เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

ความต่อเนื่อง (**Continuity**): ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานที่ดี

ความครอบคลุม (**Coverage**)

ประสิทธิผล (**Effectiveness**): การบริการบรรลุถึงผลลัพธ์ของการรักษาที่เป็นที่ต้องการของผู้ป่วย

ประสิทธิภาพ (**Efficiency**): โรงพยาบาลให้บริการโดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

ความเท่าเทียม (**Equity**)

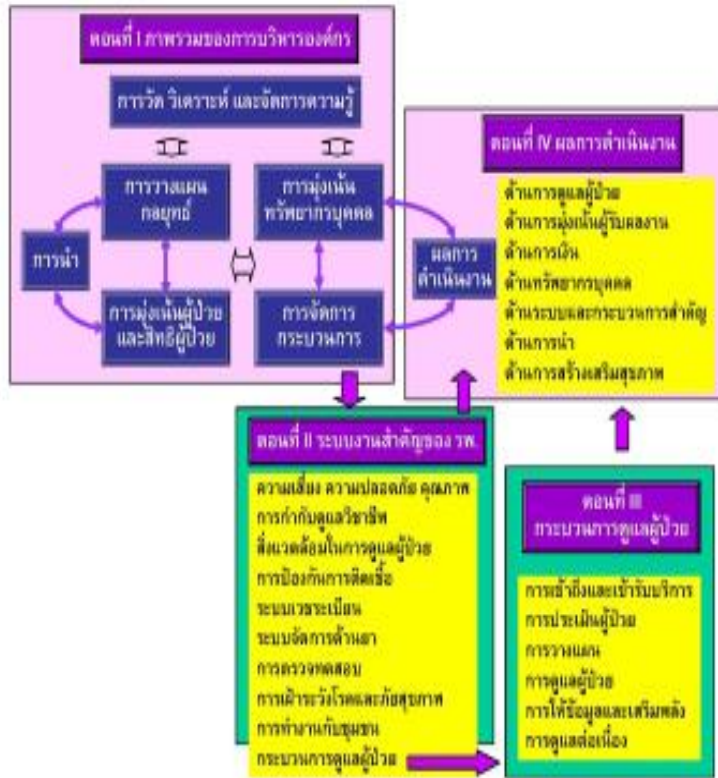
องค์รวม (**Humanized**)

การตอบสนอง (**Responsive**)

ความปลอดภัย (**Safety**)

ทันต่อเวลา/ทันการณ์ (**timeliness**)

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร



5. ออกแบบระบบด้วยความคิดสร้างสรรค์ ให้ร่วมกันพิจารณาว่าจะใช้แนวคิด Human Factor

Engineering (HFE) และความคิดสร้างสรรค์ในการออกแบบระบบงานเพื่อป้องกันปัญหาอย่างไร? แล้วตั้งคำถามกลับว่าเมื่อทำอย่างนั้นแล้วจะป้องกันปัญหาได้จริงหรือไม่? พร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบในการติดตามกำกับ