



ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)

ในมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย
ของบุคลากรและผู้รับบริการ
ในระบบบริการสุขภาพ

Essential Standards for Safety of Personnel
and Health Service Recipients
in Healthcare Systems

“Learning from Mistakes Makes It Better”

การเรียนรู้จากอุบัติการณ์
คือรากฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ
และความปลอดภัยอย่างยั่งยืน



EXECUTIVE SUMMARY

การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ในระบบบริการสุขภาพ

ความผิดพลาดอาจเกิดขึ้นได้
แต่การเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้น
คือโอกาสในการพัฒนาอย่างยั่งยืน

การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ
มิใช่สิ่งที่ต้องการป้องกันความเสียหายที่พึงระวังกัน เพียงแต่เกิดจาก
การเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาแก่นของอุบัติการณ์มา
พัฒนากระบวนการดูแลรักษา การบริหารจัดการและวัฒนธรรมองค์กร
อย่างต่อเนื่อง

การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มุ่งเน้นการพัฒนาความเข้าใจด้านการ
จัดการอุบัติการณ์ การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (Root Cause
Analysis : RCA) ภายใต้แนวคิด Compassionate RCA อันเป็นการเรียนรู้
เชิงระบบมากกว่าการกล่าวโทษบุคคล ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์
การศึกษาและการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดี เพื่อสร้างวัฒนธรรมความ
ปลอดภัยที่เอื้อต่อการเรียนรู้ร่วมกันในองค์กรบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน

คุณค่าหลักของการประชุมครั้งนี้

- ส่งเสริมการเรียนรู้จากอุบัติการณ์
เพื่อป้องกันการเกิดเหตุที่พึงจะมีได้ในระบบ
- พัฒนาทักษะการวิเคราะห์หาสาเหตุราก (RCA)
- สนับสนุนการคิดเชิงระบบ (System Thinking)
ในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
- ถ่ายทอดบทเรียนจากกรณีศึกษา
และประสบการณ์จริงในระบบบริการสุขภาพ
- สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture)
ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ร่วมกันในองค์กร
- เสริมสร้างเครือข่ายการเรียนรู้
ระหว่างบุคลากรและสถานพยาบาล

เป้าหมายสูงสุด

สร้างระบบบริการสุขภาพที่ปลอดภัย เชื่อถือได้ และยั่งยืน
ด้วยการเรียนรู้จากอุบัติการณ์ในทุกมิติของการดูแลรักษา

ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)

ในมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของบุคลากรและผู้รับบริการในระบบบริการสุขภาพ



KEY INSIGHTS

- การเรียนรู้จากอุบัติการณ์
คือโอกาสสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- Root Cause Analysis ช่วยค้นหาสาเหตุเชิงระบบ
เพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำอย่างยั่งยืน
- Compassionate RCA ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน
บนพื้นฐานของความเข้าใจและความปลอดภัยทางจิตใจ
- วัฒนธรรมความปลอดภัยที่เข้มแข็ง
เป็นรากฐานสำคัญขององค์กรคุณภาพ

ข้อเสนอเชิงระบบ

- ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย
ในทุกระดับองค์กร
- พัฒนาระบบรายงานและการเรียนรู้อุบัติการณ์
ให้เกิดการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์อย่างต่อเนื่อง
- สนับสนุนการวิเคราะห์หาสาเหตุราก
ด้วยแนวคิด Compassionate RCA
- พัฒนาระบบบริการสุขภาพ
บนพื้นฐานของคุณภาพ ความปลอดภัยและ
การเรียนรู้อย่างยั่งยืน



ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)

ในมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย
ของบุคลากรและผู้รับบริการในระบบบริการสุขภาพ



“Learning from Mistakes Makes It Better”

การเรียนรู้จากอุบัติการณ์และการวิเคราะห์สาเหตุราก
เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เกิดความปลอดภัยอย่างยั่งยืน

VISION

MISSION

OBJECTIVES

CORE THEMES

ส่งเสริมการเรียนรู้จากอุบัติการณ์เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ให้เกิดความปลอดภัย คุณภาพ และวัฒนธรรมการเรียนรู้ที่ยั่งยืน

- ✓ พัฒนามาตรฐานความปลอดภัย
- ✓ ส่งเสริม Compassionate RCA
- ✓ สร้างระบบการเรียนรู้ร่วมกัน
- ✓ พัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย

- 01 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านความปลอดภัย
- 02 พัฒนาทักษะ Root Cause Analysis
- 03 ส่งเสริมการเรียนรู้จากอุบัติการณ์
- 04 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย
- 05 พัฒนาเครือข่ายคุณภาพและความปลอดภัย

Foundation

- 3P Safety Hospital
- Adverse Event Investigation
- Compassionate RCA

Learning from Mistakes

- Safe Surgery
- Medication Errors
- Diagnostic Errors
- Patient Identification
- Blood Transfusion Errors
- Infection Prevention
- Emergency Triage
- Laboratory Errors

“การเรียนรู้จากความผิดพลาดอย่างเป็นระบบ
คือรากฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย”

สารบัญ CONTENTS

- 1 Update Knowledge of 3P Safety Hospital
- 2 Adverse Event Investigation
- 3 CoP-Learning from Mistakes:
การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
- 4 CoP-Learning from Mistake: Medication Errors
- 5 หลักการ แนวคิดการวิเคราะห์สาเหตุปัญหา
(Root Cause Analysis) ด้วย Compassionate
- 6 CoP-Learning from Mistake: การติดเชื้อที่สำคัญ
ตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS
และบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
- 7 CoP-Learning from Mistakes:
การรายงานและการตรวจทานห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา
คลาดเคลื่อน
- 8 CoP-Learning from Mistakes:
การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
- 9 CoP-Learning from Mistakes:
ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค
- 10 CoP-Learning from Mistakes:
การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน
- 11 CoP-Learning from Mistakes:
การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
- 12 สรุปข้อเสนอเพื่อการขับเคลื่อน
โรงพยาบาลคุณภาพเพื่อความปลอดภัย
และเป็นระบบ

Update Knowledge of 3P Safety

เข้าใจข้อมูล มาตรฐาน และแนวทางการพัฒนา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน



SPEAKER

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

ผู้อำนวยการสถาบันฯ

1

วัตถุประสงค์

1. แลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำ Root Cause Analysis ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและรพ.ต่างๆ ที่รายงานอุบัติการณ์ ระดับ E ขึ้นไป ในมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

2. ร่วมกันเสนอการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ การพัฒนาระบบ หรือการพัฒนานวัตกรรม เพื่อนำไปปฏิบัติเชิงระบบ ในการป้องกัน Preventable Harms ที่สำคัญ เพื่อลด/ป้องกันอุบัติการณ์ ตามหัวข้อมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ซึ่งเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร (2P Safety Goals)

3. Update ความรู้ใหม่ หรือองค์ความรู้ที่สำคัญ เพื่อพัฒนาระบบบริการให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัย

2

กลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการ 3P Safety Hospital ปี 2569 ที่รายงานอุบัติการณ์ ในหมวดมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

1

ทีมแพทย์ พยาบาล หรือวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษาในหน่วยงานเองทุกราย หรือเป็นผู้เกี่ยวข้องในอุบัติการณ์ที่รายงาน

2

ผู้รับผิดชอบระบบบริหารจัดการความเสี่ยง

3

ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาล (QMR)

รพ. ที่รายงานอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป มีสิทธิ์ลงทะเบียน จำนวน 935 แห่ง

- ลงทะเบียน Online 292 แห่ง
- ลงทะเบียน Onsite 110 แห่ง

รวมผู้เข้าร่วม 263 คน

3

หลักคิดสำคัญของ RCA

RCA ไม่ใช้การหาคนผิด แต่มุ่งพัฒนาระบบ

วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

มุ่งหาสาเหตุที่แท้จริง

มองปัญหาเชิงระบบ

เหตุเกิดจากความบกพร่อง

สร้างการเรียนรู้ร่วมกัน

เรียนรู้จากข้อมูลจริง ให้ทุกคนมีส่วนร่วม

ใช้ข้อมูลจริงในการพัฒนา

ใช้ข้อมูลและหลักฐานในการตัดสินใจ

ส่งเสริม Safety Culture และ No Blame Culture

ไม่กล่าวโทษ ไม่ประจาน

4

3P SAFETY

PATIENT SAFETY

ความปลอดภัยของผู้ป่วย

PERSONNEL SAFETY

ความปลอดภัยของบุคลากร

PEOPLE SAFETY

ความปลอดภัยของประชาชนและสังคม

5

กระบวนการเรียนรู้จากอุบัติการณ์ (RCA PROCESS)

1

IDENTIFY INCIDENT

ระบุเหตุการณ์และผลกระทบ

→

2

UNDERSTAND CONTEXT

ทำความเข้าใจบริบทและกระบวนการที่เกี่ยวข้อง

→

3

ROOT CAUSE ANALYSIS

วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

→

4

SYSTEM IMPROVEMENT

ออกแบบมาตรการพัฒนาระบบ

→

5

IMPLEMENT ACTION

ดำเนินการปรับปรุง

→

6

MONITOR RESULTS

ติดตามและประเมินผล

→

7

CONTINUOUS LEARNING

เรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

Design → Action → Learning → Improve → Prevent Recurrence

6

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย (9 หมวด)

การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ

การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Events (ADE)

ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย

การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาล ตามบริบทขององค์กร กลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CLABSI

การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

ความผิดพลาดในการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ / พยาธิวิทยา

บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่

การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด

การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน

7

องค์ประกอบสำคัญของระบบความปลอดภัย

SAFE SYSTEM DESIGN

ออกแบบระบบเพื่อลดความเสี่ยง

SAFETY CULTURE

สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เปิดกว้างและเรียนรู้ร่วมกัน

DATA-DRIVEN IMPROVEMENT

ใช้ข้อมูลด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการพัฒนา

TEAMWORK AND PATIENT ENGAGEMENT

ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

CONTINUOUS IMPROVEMENT

พัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยเครื่องมือคุณภาพ

8

PRINCIPLES OF HOSPITAL ACCREDITATION

EDUCATIONAL PROCESS

กระบวนการเรียนรู้และพัฒนาองค์กร

SELF-ASSESSMENT

การประเมินตนเองตามมาตรฐาน

SELF-IMPROVEMENT

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

EXTERNAL EVALUATION

การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

QUALITY AND SAFETY

มุ่งสู่คุณภาพและความปลอดภัย

STANDARD-LEVEL ACCREDITATION · IMPLEMENTATION · INTEGRATION · CONTINUOUS LEARNING

9

TAKE HOME MESSAGE

★ RCA คือเครื่องมือเรียนรู้ ไม่ใช่ เครื่องมือลงโทษ

★ ความผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดจาก ระบบ ไม่ใช่จากบุคคลเพียงคนเดียว

★ การพัฒนาคุณภาพต้องทำอย่าง ต่อเนื่อง บนพื้นฐานของข้อมูลและการเรียนรู้ร่วมกัน

★ Safety Culture ต้องเกิดจาก ทุกคน ในองค์กร

★ ทุกเหตุการณ์คือ โอกาส ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

Learning from Incidents: RCA ด้วย *Compassionate*

เข้าใจสาเหตุที่แท้จริง ป้องกันการเกิดซ้ำ พัฒนาระบบ สร้างความปลอดภัยให้ผู้ป่วย

ลดการเกิดซ้ำ
(Prevent Recurrence)

พัฒนาระบบ
ไม่โทษบุคคล

เปลี่ยน “Error”
สู่ “Opportunity”

สร้างวัฒนธรรม
ความปลอดภัยและ
Mindfulness



SPEAKER
**นพ.อนุวัฒน์
สุกษัตติกุล**
ผู้ทรงคุณวุฒิของสธพ.

SEVERITY & MANAGEMENT

Near Miss / No Harm
ใช้ AAR (After Action Review)
เน้นเรียนรู้เร็ว (5-10 นาที)

Moderate - Severe Harm
ใช้ RCA (Root Cause Analysis)
ค้นหาสาเหตุเชิงลึกอย่างครอบคลุม

Multiple Incidents
ใช้ Multi-incident Analysis
หา pattern และ systemic issue
เพื่อแก้ไขทั้งระบบ

TOOLS IN DAILY LIFE

AAR
(After Action Review)

- 1 อะไรเกิดขึ้น?
- 2 มีใครเป็นผู้เกี่ยวข้องบ้าง?
- 3 ทำไมถึงเกิดขึ้นได้?
- 4 มีการจัดการอย่างไร?
- 5 เราจะมีการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำได้อย่างไร?

ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที
สามารถคุยกันได้ ณ สถานที่ตรงนั้นเลย

LFD
(Learning From Defects)

- 1 What happened?
- 2 Why did it happen?
- 3 Where does it happen
- 4 How to prevent?
- 5 How to learn and How to Improve Knowledge

ปรับปรุงเกี่ยวกับการเกิดอุบัติการณ์
ในมุมมองที่เป็นกลาง และเรียนรู้

CORE OF RCA

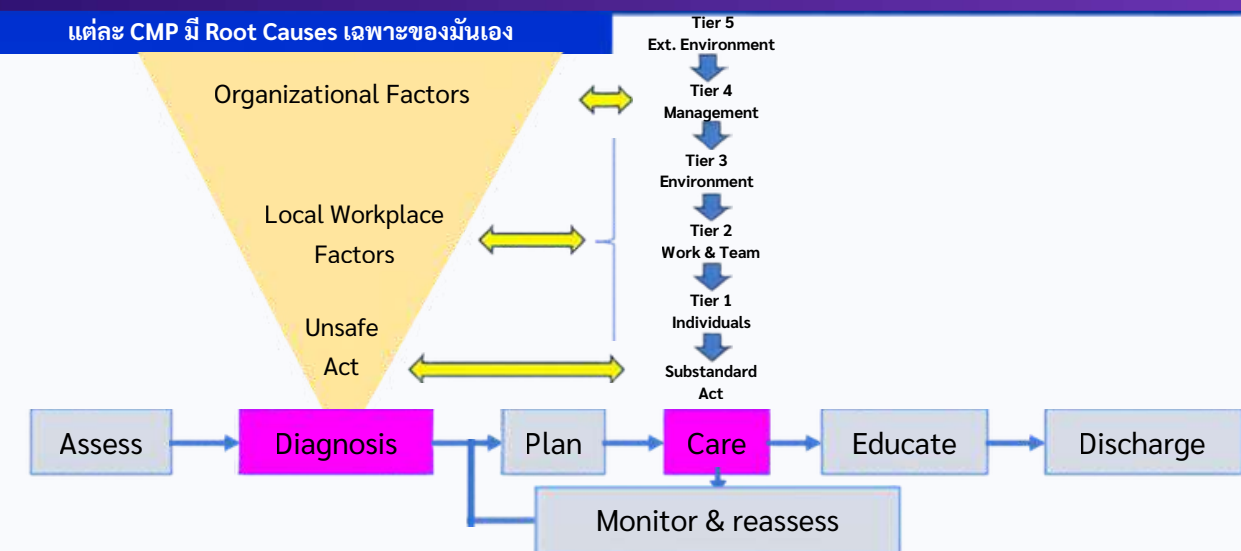
1 เริ่มจาก Chronology of Events
เรียงลำดับเหตุการณ์อย่างเป็นลำดับ

2 หา “Core Management Problem (CMP)”
เราต้องกำหนดประเด็นที่เป็นปัญหา

3 วิเคราะห์ Root Cause
ใช้แนวคิดการหารากที่แท้จริงของปัญหา ที่อยู่
ภายในระบบ

4 เรียนรู้ และ นำไปสู่การแก้ไขปรับปรุง
ออกแบบมาตรการที่ใช้ป้องกัน / ตรวจสอบ /
ลดผลกระทบ อย่างเป็นระบบ

2-AXIS SWISS CHEESE MODEL



5 - TIERS CONTRIBUTORY FACTORS

1 Individual
ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ เจตคติ ความสามารถทางวัฒนธรรม

2 Work and Team
การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ธรรมชาติของงาน Work Flow

3 Environment
สภาพแวดล้อม ระบบทางเทคโนโลยี Human-system interface

4 Management
นโยบาย ทรัพยากร งบประมาณ การกำกับดูแล

5 External Factors
ปัจจัยภายนอกที่ควบคุมไม่ได้ เช่น เศรษฐกิจ วัฒนธรรม

MINDFULNESS IN RCA

Preoccupy with failure
• ผู้เกี่ยวข้องคาดการณ์อย่างรอบด้านในความเสียหาย หรือไม่

Commitment to resilience
• มีข้อมูลแสดงถึงการเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาที่คาดไม่ถึง

Sensitivity to operation
• มีการประเมินสถานการณ์หรือตรวจรับความผิดปกติ ทั้งตามรูปแบบ
ที่กำหนดและด้วยทักษะพิเศษอย่างไร

Deference to expertise
• มีการรับฟังสมาชิกในทีมอย่างจริงจัง มีอะไรที่สมาชิกในทีมเห็น แต่ยังไม่ได้พูดออกมา

Reluctance to simplify
• มีการด่วนสรุปอะไรที่ง่ายเกินไปหรือไม่ ควรต้องวิจัยอะไรเพิ่มเติม
นำคำถามเหล่านี้ไปใช้ร่วมพิจารณาในการทำ RCA ทุกครั้ง
เพื่อให้เข้าใจปัญหาอย่างรอบด้าน และป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

OUTCOME TO ACTION

System Redesign
ออกแบบระบบ/แก้ไขสิ่งที่ผิดพลาด

Risk Reduction
ลดโอกาสและผลกระทบ

Early Detection
ตรวจพบปัญหาได้เร็วขึ้น

Continuous Learning
เรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

STEP OF INCIDENT LEARNING RESPONSE

1 Prepare for Analysis
เตรียมข้อมูลและทีมงานก่อน
ที่จะวิเคราะห์

2 Incident Understanding
รวบรวม เข้าใจเหตุการณ์
ลำดับเวลา

3 Proactive Fact Finding
หาข้อเท็จจริงจากหลายแหล่ง
จากหลายมุมมอง

4 Analysis
วิเคราะห์สาเหตุราก
ปัจจัยร่วม

5 Creative Solution
ออกแบบมาตรการแก้ไข
และสร้างสรรค์วิธี

6 Action
ดำเนินการ
ติดตามการแก้ไข

7 Learning & Evaluation
ประเมินผล
และเรียนรู้

8 Communication & Sharing
สื่อสาร แบ่งปัน
ต่อองค์กร

ทีมหลากหลาย
และมีส่วนร่วมทั้งหมด

ข้อมูลถูกต้อง
ครบถ้วน

เป็นธรรม
ไม่ว่าตน

มุ่งเน้นระบบ
ไม่เน้นบุคคล

มุ่งเน้นเรียนรู้
สร้างพัฒนา

KEY TAKE HOME MESSAGES

- 1 RCA ที่ดี เน้นการมุ่งเรียนรู้เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำทางระบบ ไม่ใช่การกล่าวโทษ
- 2 เริ่มจากความเข้าใจอุบัติการณ์อย่างเป็นระบบ และเชื่อมโยงไปยังปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- 3 Compassionate Engagement and Empathic Listening ช่วยได้ให้ข้อมูลจริงและความไว้วางใจจากบุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้อง
- 4 ผลลัพธ์ของ RCA ต้องนำไปสู่การแก้ไขที่ปฏิบัติและวัดผลได้และการเรียนรู้ร่วมกันขององค์กร

Q&A

Q: ใครควรจะเป็น Investigator ในโรงพยาบาลเมื่อเกิดอุบัติการณ์

A: ถ้าหากเป็นเรื่องที่ไม่รุนแรง/ เกิดขึ้นในหน่วยงาน หัวหน้าหน่วยงานสามารถดำเนินการทำ RCA ได้เลย แต่ถ้าเป็นเรื่องรุนแรงหรือเกิดขึ้นระหว่างหน่วยงาน ก็ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลว่ามอบหมายใครเป็นผู้รับผิดชอบ

Q: เราจะมีวิธีการเริ่มสัมภาษณ์บุคลากรอย่างไร

A: ในการที่จะสัมภาษณ์เราต้องระลึกไว้เสมอว่า ทำอย่างไรเพื่อไม่ให้บุคลากรคนนั้นรู้สึกเป็นเหยื่อ โดยเราสามารถสัมภาษณ์บุคลากรที่อยู่ในเหตุการณ์ให้เขาเล่าเหตุการณ์ในมุมมองของเขา และเราเป็นฝ่ายที่ต้องมี Empathy Listening เพื่อให้เรามีความเข้าใจเขามากที่สุด หรือไปสัมภาษณ์บุคลากรที่ทำงานคล้ายกันเพื่อให้มีข้อมูลและเกิดความเข้าใจมากขึ้น





ADVERSE EVENT INVESTIGATION

เรียนรู้จากเหตุการณ์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

เป้าหมาย: ค้นหาสาเหตุรากของปัญหา เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย



MEET THE SPEAKER

Mr. Eric Woo

MBA, CHRM

Vice President,
ECRI Asia Pacific

IMPORTANCE OF INVESTIGATION



ค้นหาสาเหตุราก (Root Cause)
หาสาเหตุราก หรือ สาเหตุร่วม เพื่อให้เกิด
ความเข้าใจว่าทำไมถึงเกิดอุบัติการณ์ขึ้น



ป้องกันการเกิดซ้ำ (Recurrence)
ลดความเสี่ยงในการเกิดซ้ำ
ของอุบัติการณ์



สนับสนุนการบริหารความเสี่ยง
(Risk Management)
ลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในด้านต่าง ๆ
เช่น ผู้ป่วย บุคลากร



ขับเคลื่อนด้านคุณภาพและความปลอดภัย
(Continuous Quality Improvement)
เพื่อให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ
เพิ่มมากขึ้น

INVESTIGATION AREA



PEOPLE

บุคลากร

- ความรู้ ทักษะ
ประสบการณ์
- การสื่อสาร การ
ทำงานเป็นทีม
- การรับรู้สถานการณ์
- ภาระงาน ความ
เหนื่อยล้า



PROCESS

กระบวนการ

- ขั้นตอน/แนวทาง
ปฏิบัติที่อยู่ใน
เอกสาร และ ขั้นตอนการปฏิบัติงานจริง
- ขั้นตอนการตรวจ
สอบ/ควบคุม



TECHNOLOGY

เทคโนโลยี

- อุปกรณ์/เครื่อง
มือที่ใช้
- การตั้งค่าเครื่อง
มือ
- การตรวจสอบ,
การบำรุงรักษา,
ความพร้อมใช้
งาน
- ระบบสารสนเทศ



ENVIRONMENT

สิ่งแวดล้อม

- สภาพแวดล้อมทาง
กายภาพ เช่น แสง
เสียง
- วัฒนธรรม
- การรบกวน/ความ
แออัด
- สถานการณ์ตอน
นั้น



มองให้รอบด้าน ทั้งปัจจัยด้านคลินิกและไม่ใช่คลินิก เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริง

INVESTIGATION PLAN

Immediate Response



- ให้การดูแลผู้ป่วยทันที
แก่ผู้ที่ต้องการความ
ช่วยเหลือ
- ควบคุมสถานการณ์
เพื่อลดอันตรายที่อาจ
เกิดขึ้น
- อำนวยความสะดวกใน
การเปิดเผยข้อมูล
อย่างเหมาะสม

Reporting of Event



- แจ้งหัวหน้าหน่วยงาน/
ผู้บังคับบัญชาทันที
- บันทึกรายงาน
เหตุการณ์ในระบบเวช
ระเบียนอิเล็กทรอนิกส์
- กำหนดความต้องการ
ในการรายงานต่อ
หน่วยงานภายนอก
(ถ้ามี)

Investigation



- แต่งตั้งทีมสืบสวนและ
กำหนดบทบาทหน้าที่อย่าง
ชัดเจน
- สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องและ
รวบรวมข้อมูล/หลักฐาน
- วิเคราะห์สาเหตุอย่างรอบ
ด้าน(Root Cause Analysis)
- กำหนดปัจจัยเสี่ยงและ
โอกาสในการพัฒนา

★ IMPORTANT

Legal Review



- ทบทวนผลการสืบสวนโดยที่
ปรึกษากฎหมาย
- พิจารณาประเด็นทางกฎหมาย
และความเสี่ยง
- กำหนดแนวทางการรายงาน
ต่อหน่วยงานภายนอกอย่าง
เหมาะสม

Feedback & Support



- ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้รายงาน
เหตุการณ์
- สนับสนุนด้านสุขภาพจิตและ
ให้คำปรึกษาแก่ผู้เกี่ยวข้อง
- ส่งเสริมวัฒนธรรมความ
ปลอดภัยและไม่กล่าวโทษ
(Just Culture)

Communication of Results



- สรุปผลการสืบสวนและ
มาตรการป้องกัน
- สื่อสารผลการวิเคราะห์แก่
บุคลากรและคณะกรรมการที่
เกี่ยวข้อง
- ถ่ายทอดบทเรียนและ
แนวทางป้องกันเพื่อการ
พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

RCA TOOLS



5 Whys

ถาม
“ทำไม/Why”
ซ้ำ 5 ครั้งเพื่อหา
สาเหตุที่แท้จริง



Fishbone Diagram

วิเคราะห์หาสาเหตุ
รากจากหมวดหมู่
People, Machine,
Method,
Measurement,
Material, ENV



Pareto Chart

จัดลำดับปัญหาที่
สามารถ “ทำน้อย
แต่ได้ผลกระทบ
เยอะ”



FMEA

(Failure Mode and Effects Analysis)

วิเคราะห์ความ
เสี่ยงและโอกาสที่
มีความผิดพลาด
เพื่อหาแนวทาง
ป้องกันไว้ล่วงหน้า



Swiss Cheese Model

ความผิด
พลาดนั้นเกิด
จาก ช่องโหว่
หลายชั้น
บังเอิญที่เกิด
ขึ้นตรงกัน

FOOD FOR THOUGHT



จากการศึกษาใน ICU พบว่า
มีเหตุการณ์ที่เป็น
“ความเสี่ยง”เกิดขึ้นถึง **1%**
จาก 178 การกระทำ* ต่อวัน

เท่ากับ ~2 ความผิดพลาด/วัน
ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกคน!

ตัวอย่างการกระทำ (Action) ใน ICU

- ดูดเสมหะ (Suctioning)
- ให้ออกซิเจน / ปรับอัตราการไหลของ Oxygen
- ปรับอัตราการให้ยาทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น

อ้างอิง: Donchin Y, Gopher D, Olin M, Badhihi Y, Biesky M, Sprung CL, et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. Crit Care Med. 1995;23(2):294-300.

เราจะสามารถช่วยกันลดความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้อย่างไร?

- ✓ ประเมินความเสี่ยงด้านความ
ปลอดภัยของผู้ป่วยทุกครั้ง
- ✓ ควบคุม/กำกับ/ติดตามคุณภาพและ
มาตรฐานการปฏิบัติงาน
- ✓ นำอุบัติการณ์ระดับ Near Miss ที่
เกิดขึ้นมาทบทวนและพัฒนาเชิง
ระบบเพื่อป้องกันความเสี่ยงและ
อุบัติการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้
- ✓ ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้กับ
บุคลากร เช่น ภาระงาน จำนวน
บุคลากรในเวร อุปกรณ์ที่พร้อมใช้
และเอื้อต่อผู้ใช้
- ✓ (Human-centered Design)

KEY SUCCESS FACTORS



มีทีมสหสาขาวิชาชีพ
ช่วยกันมองในหลาย
มุมมอง บูรณาการ
ความรู้และ
ประสบการณ์ ในการ
ดูแลผู้ป่วยและแก้ไข
ปัญหา



ใช้ข้อมูลที่มีอยู่
จริงและหลัก
ฐานเชิงประจักษ์
เพื่อวางแผน
และตัดสินใจ
ไม่ใช่การคาด
เดาหรือใช้ความ
รู้สึก



มุ่งเน้นไปที่การ
แก้ไขระบบ ไม่
โทษที่ตัวบุคคล
เพื่อสร้าง
วัฒนธรรม
ความปลอดภัย
ในองค์กร



มีแบบแผนและ
กระบวนการ
สืบสวนที่ชัดเจน
และเป็นธรรมกับ
ทุกฝ่าย



สื่อสารและแบ่ง
ปัน ข้อมูลสิ่งที่
เกิดขึ้น และสิ่งที่
ดำเนินการต่อ
เนื่อง
แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง



ติดตามผลลัพธ์
และมีการ
ประเมินผลลัพธ์



เปลี่ยนผลการวิเคราะห์
เป็นการเรียนรู้จากความ
ผิดพลาดของทั้งองค์กร



TAKE
HOME
MESSAGE



ทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
คือโอกาสแห่งการเรียนรู้



ค้นหาสาเหตุที่แท้จริง
ไม่ใช่ตัวผู้กระทำผิด



ปรับปรุงระบบ
เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ



สื่อสารและร่วมมือกัน
เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย



ความปลอดภัยของผู้ป่วย
เป็นความรับผิดชอบของทุกคน



Medication Errors

ความคลาดเคลื่อนทางยา



ผอ.จรรุณี
วงศ์วัฒนาเสถียร



ผอ.จันทิมา
โยธาพิทักษ์



ผอ.เอกจิตรา
สุขกุล

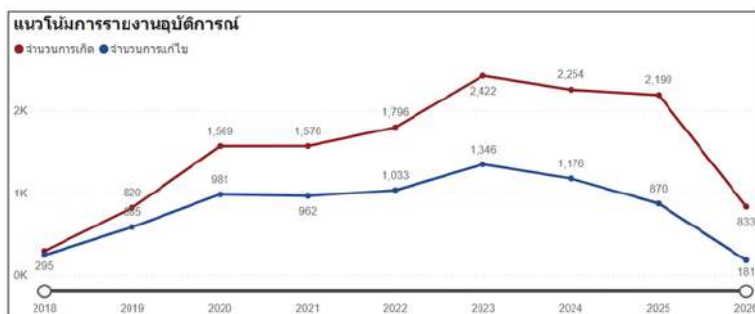


ผอ.วิมล
อนันตสกุลวัฒน์



ผอ.วิชชุณี
พิตรากุล

SECTION 1 — INCIDENT OVERVIEW



โรงพยาบาลสมาชิก (สะสม)

905 โรงพยาบาล

รายงานสะสม

ระดับ E-Up **13,749**

ระดับ A-I **392,260**

สถานการณ์การแก้ไขอุบัติการณ์ (E-up)

✅ แก้ไขแล้ว **7,379** รายงาน (53.67%)

⚠️ อยู่ระหว่างการแก้ไข **2,249** รายงาน (16.36%)

❌ ยังไม่ได้ดำเนินการ **4,121** รายงาน (29.97%)

ระยะเวลาเฉลี่ยในการจัดการอุบัติการณ์

การตรวจพบ **3.08**

การรายงาน **22.23**

การแก้ไข **35.89**

ข้อมูลเชิงลึก การตรวจพบอุบัติการณ์

วันเวลารายการ ช่วงเวลาเช้ามากที่สุด

ช่วงอายุ 51-70 ปี สูงสุด

เพศชาย

ที่มา : NRLS Power BI report : ปี 2018 - 2026 ข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน ณ วันที่ 14 มิ.ย. 69

SECTION 3 — LEARNING FROM CASES

Case 1 — Silent Antibiotic Stop

สรุปเหตุการณ์

ผู้ป่วยชายอายุ 51 ปี วินิจฉัยภาวะ Cellulitis ได้รับยา Meropenem แต่ยาถูกระงับการจ่ายต่อเนื่องนาน 84 ชั่วโมง โดยไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากระบบ DUE หดเงื่อนไขใน Absolute Rule หากแพทย์ไม่ได้คลิกยืนยันข้อมูลในส่วนที่ 2 ห้องยาจะหยุดจ่ายยาทันที พยาบาลเข้าใจคลาดเคลื่อนว่าแพทย์เป็นผู้สั่งหยุดยาเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงเข้าสู่ภาวะ Septic Shock และต้องเข้ารับการรักษาใน ICU

เหตุการณ์

- ยา Meropenem ถูกระงับการจ่าย 84 ชม.
- ทีมรักษาไม่ทราบว่ายาถูกหยุด
- พยาบาลเข้าใจว่าแพทย์สั่ง Off ยา
- ผู้ป่วยอาการทรุดลงเข้าสู่ Septic Shock
- การเกิดความเสี่ยงเชิงระบบ

การวิเคราะห์ RCA 5 Tiers of Contributing Factors

- Tier 1 (บุคคล):** ความเข้าใจผิดต่อสัญญาณ (Signal) ของระบบโอที
- Tier 2 (งานและทีม):** ขาดการสื่อสาร 2 ทางระหว่างห้องยาและหอผู้ป่วย
- Tier 3 (เครื่องมือ):** ระบบ DUE ตัดยาทันทีจนขาดความยืดหยุ่นทางคลินิก
- Tier 4 (การจัดการ):** นโยบายการตัดยาอัตโนมัติยังเน้นการควบคุมมากกว่าความปลอดภัย
- Tier 5 (องค์กร):** เกณฑ์มาตรฐาน DUE ระดับนโยบายที่เน้นการกำกับดูแล

การพัฒนากระบวนการ (CQI)

- เปลี่ยนจาก Absolute Rule เป็น Soft Stop
- เพิ่มระบบแจ้งเตือนและยืนยัน (Call-back)
- ปรับปรุงระบบ EMR ให้แจ้งเตือนการหยุดยา
- ทบทวน DUE Policy สำหรับ Antibiotics
- พัฒนาระบบ Verify-and-Close ภายใน 30 วัน

ข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ

- ระบบที่ออกแบบให้คน “ควบคุม” อาจเป็น “อุปสรรค”
- ในเวลาวิกฤตต้องไม่ผ่านระบบดิจิทัล
- ออกแบบงานให้สิ่งที่ถูกต้องทำได้ “ง่าย”
- ระบบต้องปลอดภัยแม้กระทั่งขั้นตอนรายงาน
- มุ่งเน้น System-based Analysis มากกว่าโทษคน

ประเด็นการเรียนรู้สำคัญ

- ระบบ Hard Stop ที่ตัดยาทันทีโดยขาดการให้คิด ทำให้เกิด Omission Error โดยที่ทีมงานไม่ทราบ
- ความเข้าใจคลาดเคลื่อนต่อ “สัญญาณ” (Signal) ของระบบสารสนเทศ ทำให้ห้องยาหยุดจ่ายโดยไม่สื่อสาร
- การสื่อสารข้ามระยะ (Handover) ระหว่างหน่วยงานเพื่อยืนยันสถานะยา เป็นสิ่งจำเป็นที่ขาดหายไป
- ภาวะ Alert Fatigue และความเชื่อใจในระบบอัตโนมัติ ทำให้ทีมขาดการตรวจสอบทบทวนการตัดสินใจ

การประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน

- ต้องเปลี่ยนมุมมองจากระบบที่เน้นการควบคุมแบบ Absolute Rule มาเป็นการออกแบบระบบที่สนับสนุน ทางคลินิก คือใช้ Soft Stop เพื่อลดการตัดยาอัตโนมัติของ Antibiotics และยาความเสี่ยงสูง ควบคู่กับการเปิดพื้นที่ให้ผู้ใช้ปลายทางทักท้วงและยืนยันก่อนนำไปสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย

Case 2 — Wrong Dose Heparin in OR

สรุปเหตุการณ์

อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ F จากการเตรียมยา Heparin ผิดความเข้มข้น (1:1 เทียบกับ 100:1) ในห้องผ่าตัดหลอดเลือด เนื่องจากการสั่งยาด้วยวาจา (Verbal Order) และพยาบาลวิสัญญีถูกขัดจังหวะ (Interrupt) ระหว่างขั้นตอน Sign-in ทำให้กระบวนการ Double Check หลุดไป ประกอบกับห้องผ่าตัดไม่มีเครื่อง ACT monitor ติดตามผลทันที ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาผิดขนาด และต้องเข้ารับการผ่าตัดซ้ำ (Re-op)

เหตุการณ์

- เตรียมยา Heparin ผิดความเข้มข้น
- กระบวนการ Double Check หลุด
- ตรวจเช็คความเข้มข้นของเลือดไม่ได้
- ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดซ้ำ (Re-op)
- มาตรฐานความปลอดภัยระดับสากล

การวิเคราะห์ RCA 5 Tiers of Contributing Factors

- Tier 1 (บุคคล):** ความคลาดเคลื่อนในการรับรู้ความเข้มข้นของยาที่สั่ง
- Tier 2 (งานและทีม):** พยาบาลถูกขัดจังหวะ (Interrupt) ระหว่าง Sign-in
- Tier 3 (เครื่องมือ):** ขาดอุปกรณ์ ACT monitor ในห้องผ่าตัด
- Tier 4 (การจัดการ):** ขาดนโยบายควบคุมมาตรฐานความเข้มข้นยาความเสี่ยงสูง
- Tier 5 (องค์กร):** เกณฑ์มาตรฐาน 3P Safety และการจัดการ HAD

การพัฒนากระบวนการ (CQI)

- ยกเลิก Verbal Order ในกรณีที่ไม่มีวิกฤตจริง
- ใช้หลัก “Pause” คิดตั้งก่อนเริ่มขั้นตอนวิกฤต
- จัดหาเครื่อง ACT monitor ประจำห้องผ่าตัด
- ทบทวนและกำหนดมาตรฐานยา HAD ทั้งระบบ
- พัฒนามาตรฐานการจัดการยา HAD ในห้องผ่าตัด

ข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ

- ใช้หลัก SBAR และ Read back 100%
- ระวัง Hierarchy ไม่ลั่นโถ่ ไม่กล้า Speak up
- กำหนด Standard Concentration สำหรับยา HAD
- ออกแบบระบบปิดกั้น (Forcing Function)
- “ระบบที่ปลอดภัยต้องลดการพึ่งพาความจำของแต่ละบุคคล”

ประเด็นการเรียนรู้สำคัญ

- การถูกขัดจังหวะ (Interrupt) ระหว่างขั้นตอนวิกฤต เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อความผิดพลาด
- การสื่อสารด้วยวาจา (Verbal Order) มีความเสี่ยงสูงต่อการเข้าใจคลาดเคลื่อน (Perception Error)
- ลำดับชั้น (Hierarchy) อาจทำให้บุคลากรไม่กล้าทักท้วง (Speak up) เมื่อพบเหตุ
- การใช้ Forcing Function และความเข้มงวดในมาตรฐาน (Standard Concentration) เป็นเครื่องมือป้องกันที่มีประสิทธิภาพ

การประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน

- ต้องเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยด้วยระบบ Closed-loop และการใช้หลัก Read-back 100% โดยเฉพาะในจุดเปลี่ยนถ่ายข้อมูล พร้อมทั้งกำหนดมาตรฐานความเข้มข้นยาในกลุ่ม HAD ให้เป็นมาตรฐานเดียวทั้งระบบ เพื่อลดความเสี่ยงจากการสื่อสารและการพึ่งพาความจำส่วนบุคคล

SECTION 2 — UPDATE : SAFETY KNOWLEDGE



System Design

ออกแบบระบบให้สิ่งที่ถูกต้องทำได้ง่าย (Make it EASY) และสิ่งที่ผิดทำได้ยาก (Make it HARD)



Closed-loop Communication

ยกเลิก Verbal Order ในกรณีที่ไม่มีวิกฤต และใช้หลัก SBAR/Read back 100%



Psychological Safety

สร้างพื้นที่ปลอดภัยให้บุคลากรกล้าทักท้วง (Speak up) และระมัดระวังไม่มุ่งเน้นการโทษบุคคล



HAD Management

กำหนด Standard Concentration สำหรับยา ความเสี่ยงสูงให้เป็นมาตรฐานเดียวทั้งโรงพยาบาล

SECTION 4 — DISCUSSION & REFLECTION



Hierarchy Issue

ลำดับชั้นในทีมเสี่ยงต่อการทักท้วง ต้องใช้แนวคิด Just Culture เพื่อให้เกิดการ Speak up



Alert Fatigue

ระวังความเคยชินต่อสัญญาณเตือน จากการที่ระบบแจ้งเตือนมากเกินไปจนเกิดความจำเอน



Human Factor

ยอมรับว่าคนพลาดได้ (Human Error) แต่ระบบต้องออกแบบมาเพื่อดักจับความผิดพลาดนั้น

SECTION 5 — KEY TAKE HOME MESSAGES

- Make it EASY to do the right thing, and make it HARD to do the wrong thing.
- ข้อควรเฝ้าระวัง : การหยุดยาสำคัญอัตโนมัติ (Silent Omission และความคลาดเคลื่อนในกลุ่มยาความเสี่ยงสูง (HAD))
- Closed-loop Communication และการยืนยันย้อนกลับ 100%
- ระบบที่ดีช่วยป้องกัน ไม่เพิ่มภาระบุคลากร
- ความปลอดภัยของบุคลากร (Personnel Safety) และความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) คือเรื่องเดียวกัน



HEALTHCARE-ASSOCIATED INFECTIONS & INFECTION PREVENTION AND CONTROL

ติดเชื้ที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS และ การติดเชื้จากการปฏิบัติงาน



รศ. นพ.กำธร
มาลาธรรม

ศ. นพ.อนุชา
อภิสารธนรักษ์

ศ. ดร.นงเยาว์
เกษตรภิบาล

ดร.กรรณ
ลิมเจริญ

SECTION 1 — INCIDENT OVERVIEW

หมวด Infection Prevention and Control (IPC) ระดับ A-I



หมวด Infection and Exposure ระดับ A-I



การตรวจพบอุบัติการณ์

วันเวลาราชการ ช่วงอายุ 51-70 ปี สูงสุด

ช่วงเวรเช้ามากที่สุด

จำนวนอุบัติการณ์ (E-UP) เป็น เพศหญิง

ระยะเวลาเฉลี่ยในการจัดการอุบัติการณ์

การตรวจพบ การติดต่อที่สำคัญตามบริบท รพ. การรายงาน การแก้ไข

4.34 วัน 46.21 วัน 28.47 วัน

ระยะเวลาเฉลี่ยในการจัดการอุบัติการณ์

บุคลากรติดต่อจากการปฏิบัติงาน การรายงาน การแก้ไข

2.10 วัน 36.30 วัน 40.39 วัน

SECTION 4 — KEY TAKE HOME MESSAGES

- มองปัญหาเชิงระบบไม่โทษบุคลากร
 - พึงเสียคนทำงานให้มากขึ้น
 - ใส่ท่อช่วยหายใจเฉพาะคนที่จำเป็น
 - ให้ความสำคัญของ Process
 - ประเมินความจำเป็นของอุปกรณ์ทางการแพทย์
- ศึกษาเพิ่มเติม
- Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) Care Bundle : Risk Factor
-

แนวโน้มการรายงานอุบัติการณ์ (IPC) ระหว่างปี 2561-2569 (สะสม)



ที่มา : ระบบ NRLS (ปี 2018-2026) ข้อมูล ณ วันที่ 7 พ.ค. 2569

SECTION 2 — UPDATE : SAFETY KNOWLEDGE

VAP PREVENTION VENTILATOR BUNDLE (WHAPO)

- ยกดื่ระสูง 30-45 องศา
- Oral Care ด้วย Chlorhexidine
- ลดการใช้ยากดระบบหายใจ
- ประเมินความพร้อมในการถอดเครื่องช่วยหายใจทุกวัน
- ดูแลระบบระบายเสมหะอย่างปลอดภัย

CAUTI PREVENTION ASEPTIC TECHNIQUE

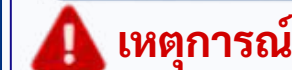
- ประเมินความจำเป็นในการใส่สายสวนปัสสาวะทุกวัน
- ทำความสะอาดอวัยวะเพศ
- ระบบเปิด (Closed System)
- ถอดสายสวนโดยเร็วที่สุดเมื่อไม่มีข้อบ่งชี้
- ดูแลความสะอาดของถุงปัสสาวะ

OCCUPATIONAL EXPOSURE PREVENTION STANDARD PRECAUTIONS AT ALL TIMES

- Hand Hygiene : 7 Moments
- Appropriate PPE for Risk
- Vaccination & Health Screening
- Airborne Precautions for TB/Varicella/Measles

CASE 1 : VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA (VAP)

ทบทวนเหตุการณ์ (Incident Review)



Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)

จากการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน ร่วมกับการปฏิบัติบางส่วนของทีมที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน VAP Bundle

Timeline

- ชาย อายุ 42 ปี
- Admit
 - Multiple Trauma
 - Fracture skull, neck, lumbar spine, pelvis และ ribs
 - Traumatic hemopneumothorax
 - ICU Stay
 - Prolonged ET Tube > 23 Days
 - Oral Care ไม่ต่อเนื่อง
 - Hand Hygiene Compliance ไม่ครบถ้วน
 - Suction Technique มีการปนเปื้อน
 - Event
 - Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) เชื้อที่พบคือ *Acinetobacter baumannii*

PEOPLE

- CAUSES
- ขาดการใช้ Alcohol hand rub อย่างสม่ำเสมอ
 - เทคนิค Suction and Oral care ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน VAP Bundle
 - ความตระหนักในการใช้ PPE
- SOLUTION
- ส่งเสริมการใช้ Alcohol hand rub ในทุกโอกาส
 - อบรมเทคนิค Oral care ให้ถูกวิธี

PROCESS

- CAUSES
- การทำ Oral care ไม่มีประสิทธิภาพ
 - การปนเปื้อนขณะดูดเสมหะ
 - ระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจนาน
- SOLUTION
- อบรมเทคนิค suction ตามมาตรฐาน
 - ใช้ checklist และสุ่มตรวจต่อเนื่อง

EQUIPMENT

- CAUSES
- แปรงสีฟันไม่เหมาะสมทำความสะอาดช่องปากได้ไม่ทั้งหมด
 - ไม่มี Sterile water ในการล้างสาย Suction
 - อุปกรณ์ป้องกันร่างกายไม่เพียงพอ
- SOLUTION
- เลือกแปรงสีฟันที่เหมาะสม
 - จัดหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกายให้เพียงพอ

ENVIRONMENT

- CAUSES
- การจัดการแผนที่ไม่มีประสิทธิภาพ
 - ระบบเฝ้าระวังติดตามล่าช้า
- SOLUTION
- เปลี่ยนเป็นระบบ Digital
 - ประเมิน Complication แบบ Real time
 - มี Feedback ทันที

OUTCOMES

VAP Rate ลดลงเป็น 0 (เป้าหมาย 0)

VAP Bundle Compliance > 96%

SECTION 3 — LEARNING FROM CASES

CASE 2 : CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTION (CAUTI)

Story & Timeline

- 29 Sep 68 (Admit ICU) ผู้ป่วยหญิง 55 ปี (Known case CUP with multiple LN metastasis) Admit ICU: Septic Shock on NE IV drip
- 16 Oct 68 (Complication) Feces impact & Bowel ileus เริ่มวัด IAP ผ่านสายสวนปัสสาวะ ได้รับ lactulose TF
- 18-23 Oct 68 (Risk Window) ถ่ายเหลวเป็นระยะ วันละ 3-4 ครั้ง ขณะสายสวนปัสสาวะ
- 28 Oct 68 (The Event) BP Drop, ใช้ 38.2 °C ผล Urine C/S: Escherichia Coli 105 on ATB Tazocin Dx. CAUTI
- 05 Nov 68 (Resolution) ย้ายลงหอผู้ป่วยสามัญรวมคาสายสวนปัสสาวะใน ICU 38 วัน

EQUIPMENT

- CAUSES
- Closed System ไม่สมบูรณ์
 - วัด IAP ผ่านสายสวนปัสสาวะ
 - Disconnect Circuit บ่อย
 - Urine Bag อยู่สูงกว่ากระเพาะปัสสาวะ
- SOLUTION
- Maintain Closed Drainage System
 - IAP Equipment Protocol
 - Bag below Bladder Level

PEOPLE

- CAUSES
- Hand Hygiene ไม่ครบ
 - ไม่ปฏิบัติตาม Aseptic Technique
 - ภาระงานสูง
 - ขาดทักษะประสบการณ์
- SOLUTION
- Competency Training and Refresher Training
 - Nurse Coaching

ENVIRONMENT

- CAUSES
- ภาระงานสูง/เร่งรีบ
 - อุปกรณ์ไม่พร้อมใช้
 - ความสะอาดของสิ่งแวดล้อม
- SOLUTION
- Visual Reminder
 - Daily Huddle
 - Equipment Maintenance
 - ENV. Round

PATIENT

- CAUSES
- Immunocompromised Host
 - Bed Ridden
 - ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้
 - มีโรคร่วม เช่น BPH
- SOLUTION
- Enhanced Perineal Care
 - Manage Diarrhea
 - Individualized Care Plan

OUTCOMES

ลดความเสี่ยง CAUTI อย่างยั่งยืน

ขยายผลสู่ทั้งองค์กรอย่างต่อเนื่อง

CASE 3 : CHICKENPOX INFECTION IN PERSONNEL

Story & Timeline

- รับผู้ป่วยวิกฤต Pneumonia + CHF on ET-Tube 13 ก.พ. 2569
 - Admit ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล
 - ไม่มีการประเมินประวัติโรคติดต่อตั้งแต่แรก
 - พยาบาลดูแลโดยใช้เพียง Mask และถุงมือ (ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกันทางอากาศ)
- ผู้ป่วย Off ET-Tube อาการดีขึ้น 14 ก.พ. 2569
 - พบตุ่มขึ้นตามตัว
 - วินิจฉัยเป็น Varicella Zoster -> ย้ายเข้าห้องแยกโรคทันที
- บุคลากรเริ่มแสดงอาการ 4 - 13 มี.ค. 2569
 - มีผื่นขึ้นตามใบหน้าและลำตัว
 - แพทย์สั่งหยุดงาน 10 วัน
- Infection Control Response
 - IC สอบสวนโรค
 - ค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยง
 - ฉีด Varicella Vaccine
 - เฝ้าระวังอาการ 21 วัน

PEOPLE

- CAUSES
- ขาดความตระหนักเรื่อง Chickenpox
 - ซักประวัติไม่ครบถ้วน
- SOLUTION
- Competency Training
 - Infection Awareness Program

PROCESS

- CAUSES
- ไม่มี Screening Guideline
 - รายงานความเสี่ยงล่าช้า
- SOLUTION
- Airbourne screening protocol
 - ส่งเสริมการ Report

MANAGEMENT

- CAUSES
- ระบบเฝ้าระวังบุคลากรไม่ชัดเจน
 - ขาดแผนสำรองกำลังคน
- SOLUTION
- Exposure Management
 - Workforce plan

ENVIRONMENT

- CAUSES
- Admit ในพื้นที่เปิด
 - ใกล้บุคลากรจำนวนมาก
- SOLUTION
- Early Isolation
 - Patient Placement Guidelines

OUTCOMES

- มีการติดตาม/เฝ้าระวังบุคลากรกลุ่มเสี่ยง 21 วัน
- มีแนวทางคัดกรองและป้องกันโรคติดต่อ
- บุคลากรได้รับ Vaccine ครบถ้วน
- ไม่พบบุคลากรติดเชื้อเพิ่มเติม



Line, Tube, and Catheter & Laboratory

การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน



รศ.ดร.ทพญ. รัชนา
सानติยานนท์



ทพญ. ศิริรัตน์
ลิทานนท์สกุล

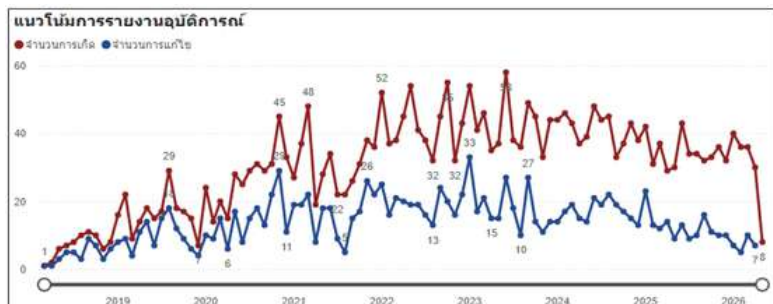


ผศ.ดร.ทพญ. ณัฐชยา
แหวนวงศ์



ทพ.สุรเดช
ศรีอึ้งกูร

SECTION 1 — INCIDENT OVERVIEW



โรงพยาบาลสมาชิก (สะสม) **630** โรงพยาบาล

รายงานสะสม **3,049** ระดับ E-Up
313,739 ระดับ A-I

สถานการณ์การแก้ไขอุบัติการณ์ (E-up)

✅ แก้ไขแล้ว **1,370** รายงาน (44.93%)

⚠️ อยู่ระหว่างการแก้ไข **590** รายงาน (19.35%)

❌ ยังไม่ได้ดำเนินการ **1,089** รายงาน (35.72%)

ระยะเวลาเฉลี่ยในการจัดการอุบัติการณ์ ระดับ E-up

การตรวจพบ **3.99** การรายงาน (วัน) **10.33** การแก้ไข **32.41**

ข้อมูลเชิงลึก การตรวจพบอุบัติการณ์

วันเวลาของการช่วงเวลายาวที่สุด

ช่วงอายุ 51-70 ปี สูงสุด

จำนวนอุบัติการณ์ (E-Up) เป็นเพศหญิง

ที่มา : NRLS Power BI report : ปี 2018-2026 ข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน ณ วันที่ 14 มิ.ย. 69

SECTION 3 — LEARNING FROM CASES

Case 1 — การรายงานผล HBsAg ผิดพลาด (False Positive)

สรุปเหตุการณ์

ผู้ป่วยตรวจสุขภาพ (Check-up) พบผล HBsAg Reactive (COI 34.40) แต่ผลตรวจ Anti-HBc เป็น Non-reactive ซึ่งขัดแย้งกัน ห้องปฏิบัติการจึงชะลอการออกผล แต่เนื่องจากผู้ป่วยรอนานและต้องการผลด่วน เจ้าหน้าที่ที่หน้างานจึงยืนยันให้ห้องปฏิบัติการออกผลตรวจทันที นำไปสู่การรายงานผลที่คลาดเคลื่อน (False Positive)

เหตุการณ์	การวิเคราะห์ RCA (5 Tiers of Contributing Factors)	การพัฒนาระบบ (CQI)	ข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ
เจ้าหน้าที่ยืนยันให้ห้องแล็บออกผลทันที	Tier 1: การตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้าภายใต้แรงกดดัน	กำหนดเกณฑ์ COI สำหรับการตรวจซ้ำอัตโนมัติ	ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยมากกว่าความเร็ว
พนักงานกดคันเล็บบนหน้าจอเนื่องจากคนไข้รอนาน	Tier 2: การสื่อสารที่เน้นความต้องการหน้างาน (Time-driven)	ใช้ระบบ Auto-reflex เพื่อยืนยันผลตรวจ	ออกแบบระบบเพื่อลดการตัดสินใจโดยบุคคล
ระบบยอมให้มีการรายงานผลที่ขัดแย้งกัน	Tier 3: LIS เดิมยังไม่มีการ Lock ผลที่ขัดแย้งเชิงวิชาการ	พัฒนาโปรแกรมแจ้งเตือนผลที่ต้องตรวจสอบซ้ำ	ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศช่วยป้องกัน Error
วัฒนธรรมการทำงานที่เน้นบริการรวดเร็ว	Tier 4: วัฒนธรรมองค์กรที่อาจกดดันเจ้าหน้าที่เกินมาตรฐาน	กำหนดเกณฑ์ค่ามาตรฐานการรายงานผลร่วมกัน	สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Just Culture)
ไม่ปรากฏข้อมูลในเอกสาร	Tier 5: ไม่ปรากฏข้อมูล	ไม่ปรากฏข้อมูล	ไม่ปรากฏข้อมูล

ประเด็นการเรียนรู้สำคัญ

- แรงกดดันด้านเวลา (Time Pressure) เป็นปัจจัยสำคัญ
- การรายงานผลที่ขัดแย้งกันทางคลินิก (Anti-HBc vs HBsAg) ต้องมีระบบตรวจสอบอัตโนมัติ
- การออกแบบระบบ (Auto-reflex) ช่วยลดความเสี่ยง
- ความปลอดภัยของผู้ป่วยต้องอยู่เหนือความสะดวกรวดเร็ว

การประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน

“ควรนำระบบ Auto-reflex และการกำหนดค่า Cut-off Index (COI) มาใช้ใน LIS เพื่อ Lock การรายงานผลที่ผิดปกติหรือขัดแย้งกันทางวิชาการ โดยระบบต้องไม่อนุญาตให้ออกผลจนกว่าจะผ่านกระบวนการตรวจสอบซ้ำตามมาตรฐานที่กำหนดไว้”

Case 2 — การรายงานผล PT/APTT คลาดเคลื่อน (Reagent Swap)

สรุปเหตุการณ์

พบอุบัติการณ์การรายงานผล PT และ APTT ผิดพลาดพร้อมกัน จำนวน 3 ราย เกิดขึ้นต่อเนื่องในวันและเวลาเดียวกัน จากการตรวจสอบพบสาเหตุหลักมาจากการสลับตำแหน่งขวดน้ำยา (Reagent) ระหว่าง PT และ APTT ในเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ

เหตุการณ์	การวิเคราะห์ RCA (5 Tiers of Contributing Factors)	การพัฒนาระบบ (CQI)	ข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ
มีการสลับตำแหน่งขวดน้ำยาในเครื่อง	Tier 1: ความคลาดเคลื่อนจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	กำหนดระบบ Double Check ก่อน Load น้ำยา	เน้นความละเอียดในขั้นตอน Critical Steps
ไม่มีการตรวจสอบตำแหน่งน้ำยา ก่อนเริ่มงาน	Tier 2: ขั้นตอนการทำงาน (Workflow) ขาดการทบทวนซ้ำ	จัดทำระบบตรวจสอบ Reagent Matching	ใช้ Checklist และ Flowchart ลดภาระการจำ
ขวดน้ำยา PT และ APTT มีลักษณะคล้ายกัน	Tier 3: อุปกรณ์/วัสดุ (Reagent) ขาดจุดสังเกตที่ชัดเจน	ใช้ Visual Control (Color Coding) ที่ขวดและเครื่อง	ออกแบบสภาพแวดล้อมที่ลดความผิดพลาดของมนุษย์
ไม่ปรากฏข้อมูลในเอกสาร	Tier 4: ไม่ปรากฏข้อมูล	ไม่ปรากฏข้อมูล	ไม่ปรากฏข้อมูล
ไม่ปรากฏข้อมูลในเอกสาร	Tier 5: ไม่ปรากฏข้อมูล	ไม่ปรากฏข้อมูล	ไม่ปรากฏข้อมูล

ประเด็นการเรียนรู้สำคัญ

- ความคล้ายคลึงกันของบรรจุภัณฑ์ (Visual Similarity) นำไปสู่ความผิดพลาดซ้ำเดิม (Batch Error)
- การจัดวาง Reagent ในเครื่องวิเคราะห์เป็นขั้นตอนวิกฤต (Critical Step)
- การใช้สี (Color Coding) ช่วยลดความผิดพลาดจาก Human Factor
- เมื่อพบผลผิดปกติในปริมาณมากผิดปกติ ต้องหยุดกระบวนการทำ RCA

การประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน

“หน่วยงานควรติดตั้งระบบ Color Matching โดยติดสติ๊กเกอร์สีแยกประเภท Reagent ให้สอดคล้องกับตำแหน่งชั้นวางและเครื่องวิเคราะห์ พร้อมกำหนดให้มีการ Double Check ทุกครั้งก่อนทำการ Load น้ำยาเข้าระบบเพื่อป้องกัน Reagent Swap”

Case 3 — การระบุตัวตนผู้ป่วยผิดพลาด (Patient ID Error)

สรุปเหตุการณ์

พยาบาลใหม่ใช้การยิง Barcode แบบ Batch แทนการยิงทีละรายหน้าเตียง ทำให้เกิดการสลับหลอดเลือดในผู้ป่วย Pneumonia และ Anemia

เหตุการณ์	การวิเคราะห์ RCA (5 Tiers of Contributing Factors)	การพัฒนาระบบ (CQI)	ข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ
สลับหลอดเลือดของผู้ป่วย	Tier 1: ทักษะและประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ใหม่ยังไม่เพียงพอ	อบรมพยาบาลใหม่เรื่องการใช้ Barcode One-by-One	เน้นย้ำ Personnel Safety = Patient Safety
ยิง Barcode แบบรวมยอด (Batch)	Tier 2: การทำงานแบบข้ามขั้นตอน (Workaround) เพื่อความเร็ว	บังคับใช้ระบบ Point-of-Care Barcode Scanning	ยกเลิกการยิง Barcode แบบ Batch ทุกกรณี
ระบบไม่ได้ป้องกันการยิงแบบ Batch	Tier 3: ระบบสารสนเทศไม่ได้บังคับการระบุตัวตนที่หน้าจอ LIS	พัฒนาระบบแจ้งเตือนการระบุตัวตนที่หน้าจอ LIS	ใช้ระบบ IT บังคับมาตรฐานการระบุตัวตน
อัตราค่าล้างและการสอนงานไม่ครอบคลุม	Tier 4: ระบบการสอนงานและอัตราค่าล้างไม่ครอบคลุม	กำหนดระบบพยาบาลที่เลี้ยงประกอบพยาบาลใหม่	สร้างความตระหนักและช่วยเหลือกันในห้อง
ไม่ปรากฏข้อมูล	Tier 5: ไม่ปรากฏข้อมูล	ไม่ปรากฏข้อมูล	ไม่ปรากฏข้อมูล

ประเด็นการเรียนรู้สำคัญ

“ต้องเปลี่ยนระบบ เป็น Point-of-Care Barcode Scanning แบบ One-by-One เท่านั้น โดยห้ามนำสติ๊กเกอร์ออกมาเรียงยิงรวดเดียวนอกห้องผู้ป่วย และต้องปรับปรุงให้พยาบาลใหม่มีพี่เลี้ยงดูแลในขั้นตอนสำคัญจนกว่าจะเกิดความชำนาญ”

SECTION 2 — UPDATE: SAFETY KNOWLEDGE

- ✓ **วิศวกรรมปัจจัยมนุษย์ในห้องปฏิบัติการ**
- ใช้ Checklist และ Flowchart
 - ลดการพึ่งพาความจำ
 - ปรับหน้าจอ LIS แจ้งเตือนอัตโนมัติ
 - จัดวางอุปกรณ์ตามลำดับการทำงาน

- 🏠 **การระบุตัวผู้ป่วยและระบบ Barcode**
- ไม่ทำ Barcode แบบ Batch
 - ทำ 1-ต่อ-1 หน้าเตียงเท่านั้น
 - ความคลาดเคลื่อน สัมพันธ์กับการทำงาน แบบ Batch
 - ขั้นตอนสำคัญต่อความปลอดภัย

- 💧 **การจัดการน้ำยาและการตรวจสอบก่อนใช้**
- เทียบผลค่า PT/APTT ที่ลักษณะคล้ายกัน
 - ตรวจสอบซ้ำก่อน Load น้ำยา
 - ใช้ Color Coding ลดความคลาดเคลื่อน

- 🧑 **ประเด็นสำคัญสำหรับการปฏิบัติงาน**
- เพิ่มรอบการตรวจสอบซ้ำในกระบวนการสำคัญ
 - ลดการทำงานแบบ Batch
 - ใช้ระบบ LIS และ IQC ก่อนการรายงานผล
 - ควบคุมกระบวนการทำงานเพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากบุคลากร

SECTION 4 — DISCUSSION & REFLECTION

- ความสมดุลระหว่าง Speed vs Accuracy
- ความเสี่ยงจากการทำงานแบบ Batch
- Memory Load และ Human Factor
- ขั้นตอนวิกฤตที่ต้องมีระบบป้องกัน
- System Design vs Blame

SECTION 5 — KEY TAKE HOME MESSAGES

- Personnel Safety = Patient Safety
- System Design สำคัญกว่าการจับผิดรายบุคคล
- Batch Processing เพิ่มความเสี่ยงสูง
- Visual Control ช่วยลด Human Error
- LIS Safeguard ต้องป้องกัน Error อัตโนมัติ



Diagnostic Safety

ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค



พญ.เยาวลักษณ์
คำวน

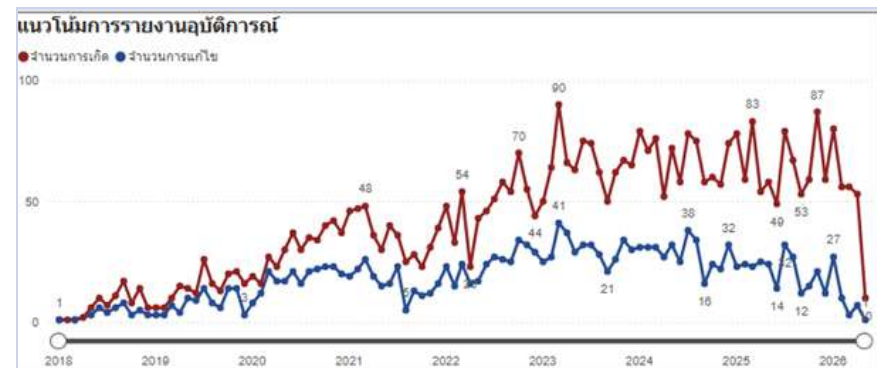


พศ.(พิเศษ) ดร.นพ.ชวลิต
ชยางศุ



พญ.ปัญววรรณ
ลิมปัญญาลี

SECTION 1 — INCIDENT OVERVIEW



โรงพยาบาล
สมาชิก (สะสม) **786** โรงพยาบาล

รายงานสะสม
ระดับ E-Up **4,277**
ระดับ A-I **313,739**

สถานการณ์การแก้ไขอุบัติการณ์ (E-up)

✅ แก้ไขแล้ว **1,851** รายงาน (43.28%)

⚠️ อยู่ระหว่างการแก้ไข **607** รายงาน (14.19%)

❌ ยังไม่ได้ดำเนินการ **1,819** รายงาน (42.53%)

ระยะเวลาเฉลี่ยในการจัดการอุบัติการณ์ระดับ E-up

การตรวจพบ **9.31** วัน

การรายงาน **35.90** วัน

การแก้ไข **32.01** วัน

ข้อมูลเชิงลึก

การตรวจพบ
อุบัติการณ์



วันเวลา
รายการ
ช่วงเวลาดำเนินการ
มากที่สุด



ช่วงอายุ 51-70 ปี สูงสุด
จำนวนอุบัติการณ์ (E-Up) เป็น
เพศหญิง

ที่มา : NRLS Power BI report : ปี 2018-2026 ข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน ณ วันที่ 14 มิ.ย. 69

SECTION 3 — LEARNING FROM CASES

Case 1 — การรายงานผล Rib Fractures



สรุปเหตุการณ์

ผู้ป่วย Trauma multiple rib fractures เสียชีวิตภายหลังกลับบ้าน ด้วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Sudden Cardiac Death) ไม่พบภาวะช็อกใน ER

เหตุการณ์	การวิเคราะห์ RCA (5 Tiers)	การพัฒนาระบบ (CQI)	ข้อเสนอแนะ ผู้เชี่ยวชาญ
ประเมิน Severity ของอาการผู้ป่วย ไม่เพียงพอ	Tier 1: (บุคคล) ประเมินผู้ป่วยไม่ครบถ้วน	ใช้ Guidelineการประเมิน ผู้ป่วย Chest Trauma	เน้นประเมิน Respiratory Compromise
ประเมินอาการ ไม่ครบตามมาตรฐาน	Tier 2: (งานและทีม) ขาดแนวทางการประเมิน Chest Trauma	กำหนดแนวทาง Chest Trauma Care Pathway	ใช้ Checklist Chest Trauma
ติดตามอาการ ไม่ต่อเนื่อง	Tier 3: (เครื่องมือ) ส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน	ใช้ SBARในการส่งต่อผู้ป่วย	เน้นการสื่อสารที่ชัดเจน
ขาดการติดตาม หลังจำหน่าย	Tier 4: (การจัดการ) ไม่มีระบบติดตามหลังจำหน่าย	ติดตามอาการ 24-48 ชั่วโมงแรก	ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ
ไม่มีข้อมูล	Tier 5: องค์กร ขาดระบบข้อมูลสนับสนุน การติดตาม	พัฒนาระบบติดตามผล	ใช้ระบบข้อมูลอย่างมีคุณภาพ

ประเด็นการเรียนรู้สำคัญ

- ประเมิน Severity ให้ครบทุกมิติ
- ใช้ Guideline และ Checklist
- สื่อสารและส่งต่อข้อมูลด้วย SBAR
- ติดตามผู้ป่วยใน 24-48 ชม.

การนำไปใช้

- พัฒนา Chest Trauma Care Pathway
- กำหนด Follow-up 24-48 ชม.
- ใช้ Checklist Chest Trauma
- ให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย

Case 2 — Acute Coronary Syndrome



สรุปเหตุการณ์

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง CKD on HD with CHF, HT ไม่สามารถนอนราบได้ มีภาวะหายใจลำบาก ในเวรตึกแพทย์วินิจฉัย Acute coronary syndrome

เหตุการณ์	การวิเคราะห์ RCA (5 Tiers)	การพัฒนาระบบ (CQI)	ข้อเสนอแนะ ผู้เชี่ยวชาญ
ประเมินภาวะ Volume Overload ไม่เพียงพอ	Tier 1: (บุคคล) ประเมินไม่ครอบคลุม	อบรมการประเมิน Volume Overload	เน้นอาการสำคัญ เช่น orthopnea, PND, edema
วินิจฉัยไม่ถูกต้อง	Tier 2: (งานและทีม) ไม่มีแนวทางแยกแยะ	กำหนดแนวทาง แยกแยะภาวะ	ใช้ Clinical Decision Support
สื่อสารข้อมูล ไม่ครบถ้วน	Tier 3: (เครื่องมือ) สื่อสารไม่ชัดเจน	ใช้ SBAR ในการส่งต่อ	เน้นการสื่อสาร ที่ชัดเจน
ติดตามอาการ ไม่ใกล้ชิด	Tier 4: (การจัดการ) ไม่มีระบบติดตาม	ติดตามอาการ ทุก 2-4 ชั่วโมง	ใช้ Early Warning (NEWS2)
ไม่มีข้อมูล	Tier 5: องค์กร ขาดระบบข้อมูลสนับสนุน	พัฒนาระบบ ติดตามผล	ใช้ระบบข้อมูล อย่างมีคุณภาพ

ประเด็นการเรียนรู้สำคัญ

- ประเมิน Volume Overload ให้ครบ
- แยกแยะภาวะให้ถูกต้อง
- ใช้ SBAR ในการสื่อสาร
- ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

การนำไปใช้

- อบรมการประเมิน Volume Overload
- ใช้แนวทางแยกแยะภาวะ
- ใช้ SBAR ในการส่งต่อ
- ใช้ NEWS2 ในการติดตามอาการ

SECTION 2 — UPDATE : SAFETY KNOWLEDGE



ทิศทางใหม่จาก Diagnostic Error สู่ Diagnostic Safety

- องค์การอนามัยโลก (WHO) ปรับเปลี่ยนมุมมองจาก “ความผิดพลาด” (Error) เป็น “ความปลอดภัย” (Safety) เพื่อลดทัศนคติเชิงลบต่อบุคลากร
- มุ่งเน้นการสร้างระบบในการวินิจฉัยที่ปลอดภัยเพื่อลดความเสี่ยงระดับ Extreme Risk ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย



สถานการณ์ความเสี่ยงจากการวินิจฉัย (NRLS Statistics)

- อุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไป (ส่งผลถึงผู้ป่วย) มีสัดส่วนสูงถึง 60%
- จุดอ่อนสำคัญเกิดในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง (3E) และภาวะฉุกเฉิน ที่ซับซ้อนในห้องฉุกเฉิน (ER)



ปัจจัยด้านพฤติกรรมและความคิด (Cognitive Bias)

- ความผิดพลาดส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจาก “ความขาดรู้” แต่เกิดจาก “Cognitive Bias” เช่น ความมั่นใจที่สูงเกินไป (Overconfidence)
- มักเกิดจาก Diagnostic Momentum และการแปลผลอาการผิดทิศทางในช่วงเวลาที่เร่งรีบ

SECTION 4 — DISCUSSION & REFLECTION



จากสถิติ Diagnostic Error ระดับ E-upที่สูงถึง 60% ท่านเห็นปัจจัยสำคัญใดที่สุดในองค์กรของท่าน?



เราใช้จุดเปลี่ยนทางคลินิก (Turning Point) อย่างไร เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย?



เราจะสร้างวัฒนธรรมที่เกื้อต่อการรายงานและการเรียนรู้ได้อย่างไร?

SECTION 5 — KEY TAKE HOME MESSAGES

- เปลี่ยนมุมมองจาก Diagnostic Error สู่ Diagnostic Safety
- Re-visit ผู้ป่วยภายใน 24-48 ชม. คือ Red Flag สำคัญ
- ใช้ NEWS2 และ Clinical Trigger อย่างเคร่งครัด
- ลด Cognitive Bias ด้วยการตรวจสอบซ้ำและทีมร่วมตัดสินใจ
- Psychological Safety คือรากฐานของการเรียนรู้



TRIAGE ERROR

การคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน



ศ.พญ.ยุวเรศมศรี
สิริชานัญญา

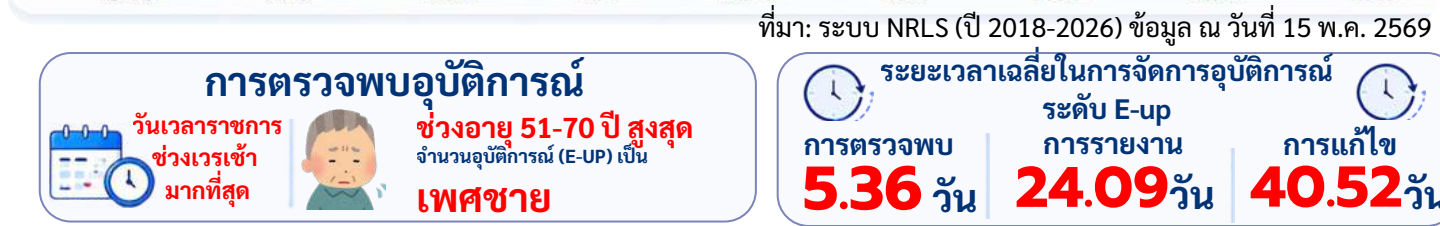


นพ.ศันยวิทย์
พึ่งประเสริฐ



พญ.ปิยวรรณ
ลิ้มปัญญาเลิศ

SECTION 1 — Incident Overview



SECTION 2 — UPDATE : SAFETY KNOWLEDGE

Normal Vital Signs are Not Low Risk

สัญญาณชีพปกติ ไม่ได้แปลว่าปลอดภัยเสมอ โดยเฉพาะผู้ป่วย ACS/Stroke/Sepsis หรือโรค FAST Track อื่นๆ

ผู้ป่วยสูงอายุ + โรคประจำตัว = ความเสี่ยงสูง

โดยเฉพาะ DM, HT, DLP, Heart disease ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคที่มีความฉุกเฉินเร่งด่วนได้

Atypical Symptoms ต้องไม่ถูกมองข้าม

เช่น จุกแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อเย็น

Re-triage & Quick Round คือหัวใจสำคัญ

ติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และประเมินอาการของผู้ป่วยซ้ำ

ระบบช่วยตัดสินใจ ลด Human Error

EMR, Checklist, Pop-up Alert, แจ้งเตือน EKG

TAKE HOME MESSAGE

ทุกครั้งที่เราโทษตัวบุคคล และสั่งให้ “อบรมซ้ำ” หรือ “เพิ่มความรู้” เรากำลังจะทำให้เกิดความผิดพลาดซ้ำในอนาคต เนื่องจากช่องว่างของ Human Error ยังคงอยู่

การคัดแยกผิดพลาดไม่ใช่เรื่องสะท้อน “ความเก่ง” ของพยาบาล หน่วยงาน แต่เป็นตัวชี้วัด “ความแข็งแกร่ง” ของระบบสนับสนุน

Normal Vital Signs ไม่ได้แปลว่าปลอดภัยเสมอไป ให้พิจารณาโรคร่วม, กลุ่มเสี่ยง รวมไปถึง Atypical Symptoms ของกลุ่ม Fast Track ด้วย

Re-triage และ Quick Round ประเมินผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนและความสูญเสีย

ระบบช่วยตัดสินใจ และเครื่องมือมาตรฐาน ช่วยลด Human Error

EMR Triage Program, Checklist, Pop-up Alert, EKG Express, Early Warning Score

SECTION 3 — LEARNING FROM CASES

Case 1 — UNDER-TRIAGE

WHO ชายไทย อายุ 65 ปี U/D DM มีภาวะ Silent MI

WHERE ห้องฉุกเฉิน

WHEN 24 พฤศจิกายน 2567 เวลา 00:57 น.

00:57 ผู้ป่วยมาถึง ER

- จุกแน่นท้อง
- อาเจียน 5 ชั่วโมง

01:00 Triage Assessment

- BP 100/74 mmHg • PR 76/min • RR 20/min
- SpO₂ 95% • DTX 394 mg%
- ESI Level 3

01:01 Physician Assessment

- สงสัยโรคหัวใจ
- สั่ง EKG 12 Leads

01:10 STEMI Identified

- EKG พบ STEMI
- Activate STEMI Fast Track

01:17 Early Deterioration

- SpO₂ ลดเหลือ 83%

01:52 Rapid Clinical Decline

- PR 122/min • RR 32/min
- HFNC Initiated

01:55 Respiratory Failure

- Intubation (ET Tube)

02:13 Cardiac Arrest

- Start CPR

Case 2 — MIS-TRIAGE

WHO ชายไทย อายุ 60 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว ขับรถมาเอง

WHERE แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

WHEN 3 กันยายน 2568 17:41 - 19:01 น.

17:41 ผู้ป่วยมาถึง ER

- หมดสติ วิงเวียน

18:16 แพทย์ตรวจพบ

- ไม่รู้สึกตัว
- คลื่นไส้
- Start CPR

18:32 ROSC ครั้งที่ 1

- EKG = PEA
- CPR 16 นาที
- Defib 4 ครั้ง
- Adrenaline 4 Dose

18:39 Consult Cardiologist

18:40 ROSC ครั้งที่ 2

18:44 PEA ชั่ว Start CPR

18:46 ROSC ครั้งที่ 3

18:50 PEA ชั่ว Start CPR

18:52 ROSC ครั้งที่ 4

19:00 PEA ชั่ว Start CPR

19:02 ROSC ครั้งที่ 5

- ส่งต่อ Cath Lab.

CONTRIBUTING FACTORS

1. PATIENT

- อายุ 65 ปี
- DM
- Silent MI
- อาการไม่จำเพาะ

2. STAFF

- ประสบการณ์คัดกรองจำกัด
- เน้น Typical Chest Pain
- ขาดการเชื่อมโยง Atypical Symptoms

3. WORKLOAD

- เวลาที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก
- ต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็ว

4. PROCESS

- ESI ไม่ได้เตือนกลุ่มเสี่ยงสูง
- ไม่มี Trigger สำหรับ ACS Atypical Presentation

5. COGNITIVE

- Anchoring Bias
- มุ่งสนใจ DTX 394 mg%
- มากกว่าความเสี่ยง ACS

SOLUTION

1. PROGRAM TRIAGE IN EMR

- คำนวณ ESI อัตโนมัติ
- ลด Human Error
- ลดการพึ่งพาความจำบุคลากร

2. ACS / STROKE TRIGGER ALERT

- เมื่อพบ
- อายุ > 60 ปี
- DM / HT / DLP
- Epigastric Pain
- Nausea / Vomiting
- Atypical Symptoms
- POP-UP ALERT
- RECOMMEND EKG

3. FAST TRACK RECOGNITION

- Normal Vital Signs ≠ Low Risk
- Atypical Symptoms
- ACS
- Stroke
- Sepsis

4. RE-TRIAGE & QUICK ROUND

- ประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง
- ค้นหาผู้ป่วยที่กำลังทรุด
- ลด Cardiac Arrest ใน ER
- เพิ่มโอกาสเข้าถึง Fast Track

5. CONTINUOUS LEARNING

- Case Review
- Trigger Tool
- Active Audit
- Knowledge Update
- Feedback Loop

Outcomes

UNDER TRIAGE ลดลง 70% 1.95% → 0.59%

- พัฒนาระบบ Triage
- เพิ่มการรับรู้ Fast Track
- Re-triage และ Quick Round
- การทบทวนเคสอย่างต่อเนื่อง

OVER TRIAGE ลดลง 95% 0.86% → 0.04%

- เคารพในการคัดกรองชัดเจน
- การใช้ Trigger Alert
- เพิ่มความแม่นยำในการประเมิน
- Continuous Learning

KEY ACHIEVEMENTS

- ปี 2568
- Under Triage 0.59% (ต่ำกว่าเป้าหมาย 3 เท่า)
- Over Triage 0.04% (ใกล้ศูนย์ Near Zero)

CONTRIBUTING FACTORS

PATIENT

- อายุ 60 ปี
- เวียนศีรษะ
- ไม่มี Chest Pain ชัดเจน

STAFF

- เน้นอาการตาม Chief Complaint
- ไม่เชื่อมโยงความเสี่ยงโรคหัวใจ

WORKLOAD

- ผู้ป่วยจำนวนมาก
- ช่วงเปลี่ยนเวร / พักเเว

ENVIRONMENT

- พื้นที่จำกัด
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลายจุด

SOLUTION

1. DOUBLE TRIAGE

2. EKG EXPRESS

3. QUICK ROUND

4. TRIAGE COMPETENCY

5. ACTIVE AUDIT

MANAGEMENT

- ไม่มี EKG Trigger
- ไม่มี Quick Round System
- ยังไม่มี Double Triage

Outcomes

ตัวชี้วัดกระบวนการ

- Under-Triage < 5%
- Incident ระดับ E ขึ้นไป = 0 ต่อเนื่อง 6 เดือน

บุคลากร

- ความมั่นใจในการคัดกรอง
- ≥ 90%

ผู้ป่วย

- ได้รับการประเมินเร็วขึ้น
- ได้รับการรักษาเร็วขึ้น
- เข้าถึง Cath Lab ได้เร็วขึ้น



Blood Safety

การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด



รศ. พญ.ศศิธร เพชรจันทร์

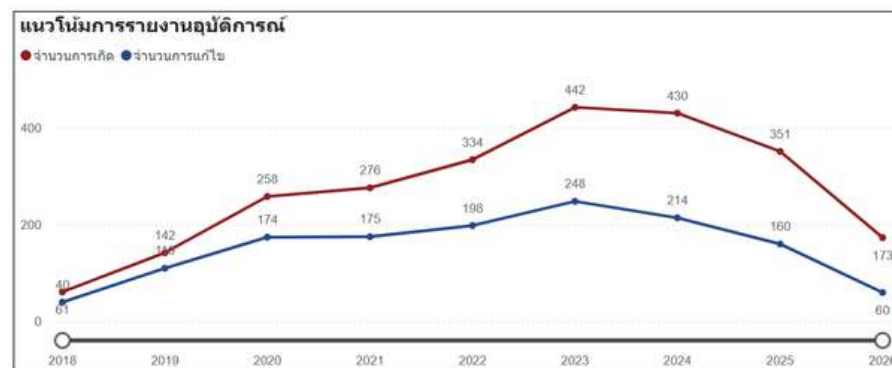


พศ. ดร. พญ.จารุพร พรหมวงศ์



รศ. พญ.ปิ่นรัตน์ พันธุ์มณี

SECTION 1 — INCIDENT OVERVIEW



โรงพยาบาล
สมาชิก
(สะสม) **413**
โรงพยาบาล

รายงานสะสม
ระดับ E-Up **413**
ระดับ A-I **2,426**

สถานการณ์การแก้ไขอุบัติการณ์ (E-up)

✅ แก้ไขแล้ว **1,363** รายงาน (56.25%)

⚠️ อยู่ระหว่างการแก้ไข **246** รายงาน (10.15%)

❌ ยังไม่ได้ดำเนินการ **814** รายงาน (33.59%)

ระยะเวลาเฉลี่ยในการจัดการอุบัติการณ์ระดับ E-up

การตรวจพบ **1.38** วัน

การรายงาน **12.92** วัน

การแก้ไข **55.19** วัน

ข้อมูลเชิงลึก

การตรวจพบ
อุบัติการณ์



วันเวลา
รายการ
ช่วงเวลาดำเนินการ
มากที่สุด



ช่วงอายุ 51-70 ปี สูงสุด
จำนวนอุบัติการณ์ (E-Up) เป็น
เพศหญิง

ที่มา : NRLS Power BI report : ปี 2018-2026 ข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน ณ วันที่ 14 มิ.ย. 69

SECTION 3 — LEARNING FROM CASES

Case 1 — การให้เลือดผิดหมู่จากความคลาดเคลื่อนในห้องผ่าตัด



สรุปเหตุการณ์:

ผู้ป่วยชายอายุ 61 ปี Ruptured AAA เกิด Massive Blood Loss หยิบเลือดผิดหมู่
ข้ามขั้นตอนยืนยันตัวตนผู้ป่วย ให้เลือดผิดหมู่

เหตุการณ์	การวิเคราะห์ RCA (RCA)	การพัฒนาระบบ (COI)	ข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ
หยิบเลือดผิดหมู่	Tier 1 บุคคล ข้ามขั้นตอนตรวจสอบ	Barcode Matching 100%	Blood Bank แจ้งเตือน หน่วยงาน
บทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน	Tier 2 งานและทีม ไม่ระบุผู้หยิบเลือด	กำหนดบทบาททีม Crisis Management	ใช้ Wristband ยืนยันตัวผู้ป่วย
การจัดเก็บไม่เป็นระบบ	Tier 3 เครื่องมือ ส่งจ่ายเลือดด่วนในห้อง OR	ระบบ 1:1 (1กล่อง/1 ราย)	QR Code ช่วงรอยต่อเวร
เอกสารสื่อสารไม่เด่นชัด	Tier 4 การจัดการ สื่อสารไม่ชัดเจน	Blood Bank Call Center ยืนยันข้อมูล	เน้นการทวนสอบทุกขั้นตอน
วัฒนธรรมความปลอดภัยต่ำ	Tier 5 องค์กร วัฒนธรรม Workaround	Safety Culture & Speak Up	สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยยั่งยืน

ประเด็นการเรียนรู้สำคัญ

- ไม่เร่งรัด แม้ในภาวะวิกฤต
- ยกเลิก Walk-in Blood แล้วทุกกรณี
- ระบบ 1:1 และ Role ที่ชัดเจน
- ทวนสอบชนิดเลือดทุกครั้ง ก่อนจ่ายและก่อนให้
- ระบบ IT ช่วยลดความผิดพลาดได้จริง
- ใช้ใบเบิกมาตรฐานจาก LIS 100%
- บังคับระบบ Alert & Hard Stop ในการจ่ายเลือด

Case 2 — การให้เลือดผิดคนจากการระบุตัวตนล้มเหลว



สรุปเหตุการณ์:

พยาบาลประจำตึกหยิบเลือดจาก Blood Bank โดยไม่ตรวจสอบชื่อผู้ป่วย
ไม่ได้ยืนยันตัวตน ให้เลือดผู้ป่วย ให้เลือดผิดคน

เหตุการณ์	การวิเคราะห์ RCA (RCA)	การพัฒนาระบบ (COI)	ข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ
ไม่ตรวจสอบชื่อก่อนให้เลือด	Tier 1 บุคคล ลัดขั้นตอนตามความเคยชิน	ทวนสอบ 7 ข้อมูลก่อนให้เลือด	7 Rights ก่อนติด ผลิตภัณฑ์
ขาด Double Verification	Tier 2 งานและทีม พยาบาลตรวจสอบคนเดียว	Bedside Double Check โดย 2 คน	ระบบบังคับก่อนปฏิบัติ ได้จริง
การจัดเก็บไม่เป็นระบบ	Tier 3 เครื่องมือ พื้นที่จัดเก็บไม่เพียงพอ	ระบบจัดเก็บ 1:1 แยกเลือดในตึก	แยกที่เก็บ/ผู้จัดเก็บ ชัดเจน
ตรวจเอกสารไม่ละเอียด	Tier 4 การจัดการ ตรวจสอบเอกสารไม่ละเอียด	ทวนสอบชนิดเลือดกับใบของเลือด	Blood Bank แจ้งเตือน หน่วยงาน
วัฒนธรรมความปลอดภัยต่ำ	Tier 5 องค์กร การทำงานที่ยังไม่มีระบบเป็นวัฒนธรรมองค์กร	เน้นพัฒนาวัฒนธรรม Safety First	ผู้บริหารผลักดันใช้ จริงจัง

การนำไปใช้

- บังคับใช้ Double Check ป้องกันความผิดพลาดได้ดีที่สุด
- กำหนดบทบาท/ข้อมูลที่แน่นอน
- ยึด 7 Right และ Double Check 100%
- พัฒนาระบบจัดเก็บ 1:1 ในทุกหน่วยงาน

SECTION 2 — UPDATE : SAFETY KNOWLEDGE

ระบบการตรวจสอบ ตัวยาและเทคโนโลยี

- Barcode Matching ลด Human Error ได้ 100%
- ตรวจสอบ 7 จุดสำคัญ ให้ตรงกัน
- IT Alert Pop-up แจ้งเตือนทันทีเมื่อไม่ Matching

การบริหารจัดการ ในภาวะวิกฤต

- 1 กล่องเลือด 1 ราย ในผู้ป่วยห้องผ่าตัด
- จุดรับ-จ่ายเลือดเปิด "Silent Zone"

มาตรฐานงาน ธนาคารเลือดและ การจัดการทรัพยากร

- ให้เลือดผิดคน/ผิดหมู่/ผิดชนิด = Sentinel Event
- แนวคิด Patient Blood Management (PBM)
- เลือดออกจากตู้เย็น (4°C) ดำเนินการ 10-30 นาที ห้ามใช้เกิน 4 ชั่วโมง

ประเด็นสำคัญสำหรับการปฏิบัติงาน

- ✓ Workflow control ใช้/เปิดการตรวจบน LIS เท่านั้น
- ✓ Double verification พยาบาล 2 คนเสมอ
- ✓ Barcode Process สแกนทุกครั้งก่อนให้เลือด
- ✓ Communication ทวนสอบเวร/วันทุกคน
- ✓ Shift Management แจ้งระวังช่วงรอยต่อเวร

ประเด็นเฝ้าระวัง

- ⚠️ Human Factor ขาดความระมัดระวังในขั้นตอนวิกฤต
- ⚠️ System Vulnerability ระบบแฝงข้อผิดพลาด
- ⚠️ Delayed Detection ตรวจพบความผิดพลาดช้า
- ⚠️ System Skip ข้ามระบบเมื่อเทคโนโลยีติดขัด

การประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน

ส่งเสริม "วัฒนธรรมความปลอดภัย" โดยเน้นการกระตุ้นให้กล้าทักท้วง (Speak Up) ระบบที่ดีต้องจับความผิดพลาดก่อนถึงผู้ป่วย (Near Miss) และเรียนรู้จากเหตุการณ์ โดยไม่มุ่งเน้นการกล่าวโทษเป็นรายบุคคล

SECTION 4 — DISCUSSION & REFLECTION

- ความเร่งรีบ ทำให้เกิดความผิดพลาด
- ตรวจสอบก่อนให้ เป็นด่านสุดท้ายที่ป้องกันชีวิต
- สลับ/ข้ามระบบ = ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น
- ความเห็นทักท้วง ตลอดทีม
- คนคือหัวใจสำคัญของความปลอดภัย
- ทำหลายอย่างพร้อมกัน เพิ่มโอกาสผิด

SECTION 5 — KEY TAKE HOME MESSAGES

- ขั้นตอนวิกฤตต้องใช้สมาธิสูงสุด
- ยกเลิกทุกขั้นตอนนอกระบบ ใช้มาตรฐานเท่านั้น
- ระบบหยุดความผิดพลาด ดีกว่าการเกรงใจ
- ออกแบบระบบให้ป้องกันตั้งแต่ต้นทาง
- กล้าพูด เพื่อความปลอดภัย
- หยุดความผิดพลาดทันที เพื่อป้องกันอันตรายถึงชีวิต

สรุปข้อเสนอต่อการขับเคลื่อนโรงพยาบาลคุณภาพเพื่อความปลอดภัย

ความปลอดภัยของโรงพยาบาล ไม่ได้เกิดจากการทำ RCA เก่ง แต่เกิดจากการมีระบบที่เชื่อมผู้นำ วัฒนธรรม ข้อมูล การเรียนรู้ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน



SPEAKER

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

ผู้อำนวยการสถาบันฯ

1

ความปลอดภัยและ การเรียนรู้จากข้อผิดพลาด



เป้าหมายคือ Performance ขององค์กร

- ความปลอดภัยเป็นตัววัดความน่าเชื่อถือขององค์กร
- Safety ต้องถูกเชื่อมโยงกับเป้าหมายองค์กร
- มาตรฐานคือเครื่องมือออกแบบระบบ
- ทุกการเรียนรู้จากความผิดพลาดต้องนำไปสู่การออกแบบระบบใหม่
- การพัฒนาองค์กรเริ่มจากผู้นำ



Safety → Trust → Organization Performance

2

ผู้นำและวัฒนธรรม ความปลอดภัย



ความปลอดภัยจะเกิดขึ้นไม่ได้ หากผู้นำไม่ขับเคลื่อน วัฒนธรรมความปลอดภัย

- Leadership Effectiveness = Organization Performance
- Safety Culture เริ่มจากผู้นำ
- Reporting Culture → Learning Culture
- No Blame คือรากฐานการเรียนรู้
- Communication & Team Connection สำคัญกว่าการสั่งการ

บทบาทผู้นำ RM



ขง

เสนอประเด็นสำคัญ



เชื่อม

เชื่อมคน ระบบ และหน่วยงาน



ใช้

ใช้ข้อมูลและการสื่อสาร เพื่อสร้างการยอมรับร่วมกัน



ผู้นำขับเคลื่อนวัฒนธรรม No Blame และการเรียนรู้ร่วมกัน

3

ระบบบริหารความเสี่ยง แบบบูรณาการ



ระบบความปลอดภัยต้อง เป็นระบบองค์กร ไม่ใช่การแก้ปัญหาเฉพาะจุด

- RM System และ RM Committee เป็นแกนหลัก
- ต้องมี Policy / Flow / Response System
- Risk Register เชื่อมกับการตัดสินใจ
- NRLS และ Incident Management เชื่อมข้อมูลสู่การเรียนรู้
- 9 Essential Standards ครอบคลุมความปลอดภัยทั้งระบบ
- Integrated Organization-wide Safety
- เน้น Proactive Risk Management



ระบบบริหารความเสี่ยงทั้ง องค์กรเชิงรุก เชื่อมข้อมูลสู่ การตัดสินใจ

4

ระบบการเรียนรู้ จากข้อมูล (Data-Driven)



องค์กรต้องใช้ข้อมูลเพื่อเรียนรู้ ไม่ใช่เก็บข้อมูลไว้เฉย ๆ

- วิเคราะห์ข้อมูล 9 ด้านของ NRLS
- ใช้ข้อมูลกำหนด Priority
- ใช้ข้อมูลสร้าง Engagement
- ใช้ข้อมูล Monitor Effectiveness
- ข้อมูลต้องนำไปสู่ Learning
- Learning สำคัญกว่า Reporting Volume

ตัวอย่างการใช้ข้อมูล

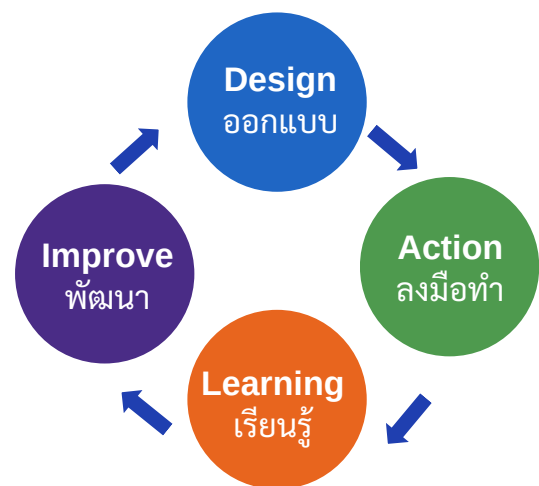
- วิเคราะห์ PCT / หน่วยงานที่เสี่ยงสูง
- วิเคราะห์เหตุการณ์และแนวโน้ม
- ใช้ข้อมูลสร้างความเร่งด่วน และการเปลี่ยนแปลง



ใช้ข้อมูลเพื่อเรียนรู้ และขับเคลื่อนการพัฒนา

5

RCA ระบบคิดเชิงระบบ และการพัฒนาต่อเนื่อง



RCA ไม่ใช่การหาคนผิด แต่คือการออกแบบระบบใหม่

- วิเคราะห์เชิงระบบและ Root Cause
- ใช้ Near Miss เป็นแหล่งเรียนรู้
- ใช้ DALI / PDSA เพื่อ Improvement
- Co-Production และ Co-Creation
- ต้องมี Psychological Safety
- ต้องใช้ Compassionate Engagement
- Digital Technology ช่วยการเรียนรู้



RCA คือจุดเริ่มต้นของการ สร้างระบบใหม่ที่ปลอดภัย กว่าเดิม

6

ก้าวต่อไป และการขับเคลื่อนความปลอดภัย



ความปลอดภัยที่ยั่งยืน เกิดจากการเรียนรู้ร่วมกัน อย่างต่อเนื่อง

- วิเคราะห์ข้อมูลจริงในองค์กร
- ทดลองปรับระบบ และเรียนรู้
- ใช้ข้อมูลสร้างการเรียนรู้
- แลกเปลี่ยนผลลัพธ์ร่วมกัน
- ขยายผลผ่าน Network Learning
- World Patient Safety Day
- Safe Care for NCD
- สร้างระบบที่ยั่งยืนที่เป็น Safety Movement

กิจกรรมต่อเนื่อง



Workshop วิเคราะห์ข้อมูล



World Patient Safety Day



Safe Care for NCD



ร่วมกันสร้างการเรียนรู้ และขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง

★ TAKE HOME MESSAGE

“ความปลอดภัยที่ยั่งยืน ต้องเริ่มจากผู้นำ เชื่อมสู่ระบบบริหารความเสี่ยง ใช้ข้อมูลเพื่อเรียนรู้ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องร่วมกันทั้งองค์กร ”



ผู้นำกำหนดทิศทาง และเป็นแบบอย่าง



วัฒนธรรมความปลอดภัย No Blame, Reporting, Learning, Communication



ระบบบริหารความเสี่ยง ระบบ วิเคราะห์ จัดการ ติดตาม และเรียนรู้



ข้อมูลและการเรียนรู้ วิเคราะห์แนวโน้ม ใช้ข้อมูลขับเคลื่อน



RCA และการพัฒนา มองเชิงระบบ ออกแบบ ปรับปรุงด้วย PDSA/DALI



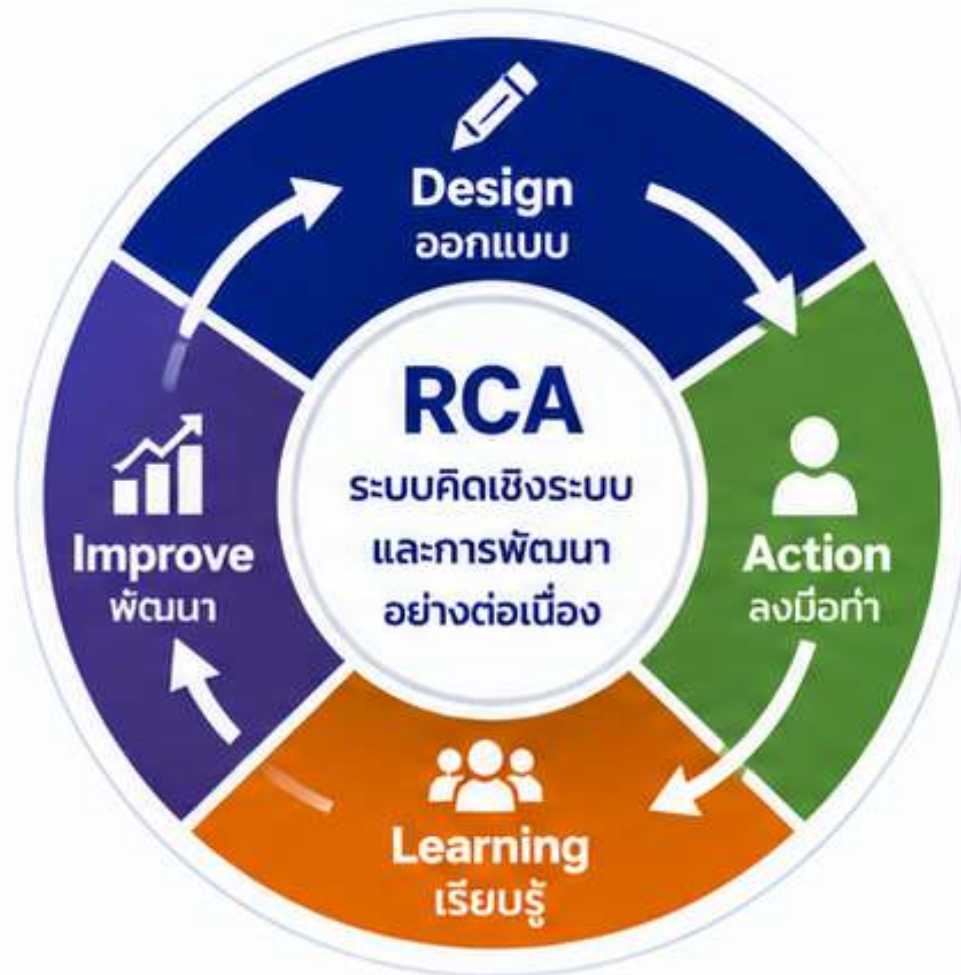
การเรียนรู้ร่วมกัน อย่างต่อเนื่อง เครือข่ายความร่วมมือ

RCA ไม่ใช่จุดจบของการวิเคราะห์

แต่เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างระบบใหม่ที่ปลอดภัยกว่าเดิม

QR Code 3P Safety Document
เอกสารประกอบการสัมมนา
ในโครงการ 3P Safety Membership ปี 2569

- รวมเอกสารประกอบการอบรม/ประชุม/สัมมนา
- เอกสารเรียนรู้คู่มือ ของเครื่องมือในโครงการฯ



“

ความปลอดภัยที่ยั่งยืน ต้องเริ่มจากผู้นำ
เชื่อมสู่ระบบบริหารความเสี่ยง
ใช้ข้อมูลเพื่อเรียนรู้ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
ร่วมกันทั้งองค์กร

”

ผู้นำ
กำหนดทิศทาง
และเป็นแบบอย่าง

วัฒนธรรมความปลอดภัย
No Blame, Reporting,
Learning, Communication

ระบบบริหารความเสี่ยง
ระบบ วิเคราะห์ จัดการ
ติดตาม และเรียนรู้

ข้อมูลและการเรียนรู้
วิเคราะห์แนวโน้ม
ใช้ข้อมูลขับเคลื่อน

RCA และการพัฒนา
มองเชิงระบบ ออกแบบ
ปรับปรุงด้วย PDSA/DALI

การเรียนรู้ร่วมกัน
อย่างต่อเนื่อง
เครือข่ายความร่วมมือ
ขับเคลื่อนความปลอดภัยยั่งยืน

หลักการสำคัญของ RCA

- ✓ ใช้ Root cause ไม่ใช่หาคนผิด
- ✓ ใช้ Near miss เป็นแหล่งเรียนรู้
- ✓ ใช้ DALI / PDSA เพื่อ Improvement
- ✓ ใช้ Co-production และ Co-production
- ✓ ต้องมี Psychological Safety
- ✓ ต้องใช้ Compassionate Engagement
- ✓ ใช้ Digital Technology ช่วยการเรียนรู้

สิ่งที่ดีกว่าจะได้รับ

- ✓ ลดความผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- ✓ ยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย
- ✓ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ยั่งยืน
- ✓ เพิ่มประสิทธิภาพและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า
- ✓ เกิดการเรียนรู้ร่วมกันทั่วทั้งองค์กรและเครือข่าย

กิจกรรมต่อเนื่องที่เราจะร่วมกันทำ

- Workshop วิเคราะห์ข้อมูล
- World Patient Safety Day
- Safe Care for NCD
- สร้างเครือข่ายการเรียนรู้

ขอบคุณทุกท่าน
ที่ร่วมเป็นส่วนหนึ่ง
ในการขับเคลื่อนความปลอดภัย
ไปด้วยกัน

