

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ศึกษาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ นางสาวรรรณา กรีทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- ๑.๒ หน้าที่รับผิดชอบ (โดยย่อ) ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินรวมทั้งได้รับมอบหมายให้เป็นหัวหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ควบคุมดูแลและพัฒนางานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- ๑.๓ ชื่อเรื่อง (การอบรม ประชุม สัมมนา)
HA ๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ
วันที่ ๒๐ - ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ในรูปแบบการอบรมออนไลน์ผ่านโปรแกรม ZOOM
โดยเบิกเงินค่าลงทะเบียนจากเงินนอกงบประมาณประเภทเงินบำรุงโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์เป็นเงิน ๔,๕๐๐ บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการอบรม (ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

- ๒.๑ วัตถุประสงค์
 ๑. เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความหมายและชนิดของความเสี่ยง
 ๒. เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการ ค้นหาและป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญของหน่วยงาน
 ๓. วางระบบบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานได้อย่างถูกต้องได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับระบบงานบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
 ๔. เรียนรู้และมีทักษะเลือกใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อประโยชน์ในการป้องกันและลดความเสี่ยง เช่น Root Cause Analysis, Failure Mode & Effect Analysis ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เนื้อหา

ความหมายและคำนิยามของความเสี่ยง

ความเสี่ยงคือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยมีทั้งด้านกายภาพ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ประเภทของความเสี่ยง

๑. ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk) ได้แก่ สิ่งของสูญหาย ขโมย การทะเลาะวิวาท หลังคารั่ว ท่อน้ำแตก อุบัติเหตุรถชนกันในโรงพยาบาล คอมพิวเตอร์เสีย คัดค่าใช้จ่ายผิด ลงสิทธิ์ผิด
๒. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) หมายถึง เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจากกระบวนการให้บริการ กิจกรรมการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาล หรือปฏิบัติการที่ไม่พึงประสงค์ จำแนกเป็น

๒.๑ ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk) เป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่ระบุกว้าง ๆ ในกระบวนการรักษาพยาบาล ไม่จำเพาะต่อโรคใดโรคหนึ่ง อาจพบร่วมในหลายคลินิกบริการ อาจใช้มาตรการเดียวกันในการป้องกันในภาพรวม และนำไปสู่การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคได้ ได้แก่ การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด การให้ยาหรือการให้เลือดผิด การติดเชื้ในโรงพยาบาล การพลัดตกหกล้ม การเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยทำร้ายตนเองความพึงพอใจในบริการ ความผิดพลาดและการละเลยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (อัตรา re - admit)

๒.๒ ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค เป็นความเสี่ยงเฉพาะตามกลุ่มโรค/เหตุการณ์ที่สำคัญหรือภาวะแทรกซ้อน โดยกำหนดโรคหรือเหตุการณ์เป็นตัวตั้ง พิจารณาวามีโอกาสเกิดความเสียหายอะไรบ้าง ได้แก่

โรค	ความเสี่ยง
Myocardial Infarction	Shock / CHF
Head Injury	IICP / Herniation
Normal labor	PPH
Postpartum hemorrhage	Hypovolemic shock
Tuberculosis	Relapse / reinfection
Newborn	Hypoglycemia

กระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงมีวัตถุประสงค์เพื่อรับรู้ ป้องกัน จำกัดความเสี่ยง/อันตรายและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสร้างความตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้อง และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

ระบบคือการรวมตัวกันขององค์ประกอบที่ครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อเป้าหมายที่ชัดเจน แต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการรับรู้หรือสื่อสารข้อมูลซึ่งกันและกัน

กระบวนการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วยการค้นหาความเสี่ยง , การประเมินความเสี่ยง , การจัดการกับความเสี่ยงและการประเมินผล (รวม ๔ ขั้นตอน)

๑. การค้นหาความเสี่ยง (risk identification) อาจแยกเป็น ๒ ระดับ ได้แก่

- ระดับโรงพยาบาล รับผิดชอบโดยคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการต่างๆ ทำการค้นหาความเสี่ยงจากการสำรวจ (risk round) และรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ระดับหน่วยงาน จะต้องค้นหาความเสี่ยงประเภทต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานของตนเอง นำมาจัดทำเป็นบัญชีความเสี่ยง (risk profile)

๒. การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง (risk analysis/assessment) เมื่อทำการค้นหา/รวบรวมความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งหมด นำมาประเมิน/วิเคราะห์เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการป้องกัน โดยพิจารณาจากความถี่และความรุนแรง (ผลกระทบ) และการทำ risk matrix

ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ (การบาดเจ็บ)/ผลกระทบ

ประเภท	๐ (Insignificant)	I (Minor)	II (Moderate)	III (Major)	IV (Extreme)
ผู้ป่วย (ไม่ใช่เรื่องยา)	๐ - ๑ ๐ มีเหตุการณ์ที่อาจนำไปสู่การเกิดความคลาดเคลื่อนในการดูแลรักษาหรือบริการ ๑ มีความคลาดเคลื่อนในการดูแล	๒ ผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อย ให้การปฐมพยาบาล/รักษาเบื้องต้น เช่น ทำแผล ให้ยาแก้ปวด	๓ ผู้ป่วยบาดเจ็บปานกลาง ต้องให้การรักษาเพิ่มเติม เช่น ทำหัตถการขนาดเล็ก ให้ยาแก้ไขอาการ ต้องสังเกตอาการ (ไม่admit)	๔ ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง ต้องอยู่โรงพยาบาลเพื่อรักษา หรือทำหัตถการขนาดใหญ่ หรือต้องอยู่รพ. นานขึ้น หรือต้องย้ายไป ICU	๕ ผู้ป่วยเสียชีวิต

ประเภท	o (Insignificant)	I (Minor)	II (Moderate)	III (Major)	IV (Extreme)
	รักษาหรือบริการ แต่ไม่มีการบาดเจ็บ				
ประเภท	o (Insignificant)	I (Minor)	II (Moderate)	III (Major)	IV (Extreme)
ผู้ป่วย (ยา)	A-B-C A เหตุการณ์ซึ่งมี โอกาสที่ก่อให้เกิด ความคลาดเคลื่อน B เกิดความคลาด เคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ ถึงตัวผู้ป่วย C เกิดความคลาด เคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย แต่ไม่ได้เกิด อันตราย/ไม่ต้องทำ การรักษา	D เกิดความคลาด เคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องเฝ้า ระวังอาการ (เพื่อให้มั่นใจว่า ไม่เกิดอันตราย ต่อผู้ป่วย)	E - F E ผู้ป่วยต้องได้รับ การรักษาเพิ่มมาก ขึ้นจากเหตุการณ์ นั้น เกิดอันตราย/ พิจารณาชั่วคราว F เกิดอันตราย/ พิจารณาชั่วคราว และต้องอยู่รพ. นานขึ้น	G - H G ผู้ป่วยมีความ พิจารณาการ/ สูญเสียอวัยวะ H ต้องปฏิบัติการ กู้ชีวิตผู้ป่วย หรือ ผู้ป่วยเกือบ เสียชีวิต	I ผู้ป่วยเสียชีวิต
ทั่วไป	ไม่มีผลกระทบต่อ บุคคลหรือองค์กร	เกิดผลกระทบต่อ บุคคลหรือ องค์กร แต่ สามารถแก้ไขได้ โดยไม่มี ค่าใช้จ่าย	E มีผลกระทบ แต่ สามารถแก้ไขได้ มี ค่าใช้จ่ายเล็กน้อย ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท F มีผลกระทบ แต่ สามารถแก้ไขได้ ระดับหนึ่ง มี ค่าใช้จ่าย ๕,๐๐๐- ๒๕,๐๐๐ บาท	G มีผลให้ รพ.เสีย ชื่อเสียง/เสียความ น่าเชื่อถือ/เสีย ลูกค้า แก้ไขไม่ได้ แต่ไม่ถูกฟ้องร้อง มีค่าใช้จ่ายตั้งแต่ ๒๕,๐๐๐- ๕๐,๐๐๐ บาท H อาจถูกฟ้องร้อง มีค่าใช้จ่าย ๕๐,๐๐๐ - ๑๐๐,๐๐๐ บาท	อาจถูกฟ้องร้อง มีค่าใช้จ่ายตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท ขึ้นไปหรือประเมิน มูลค่าไม่ได้

หมายเหตุ ระดับความรุนแรง G-I ถือเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้

Near miss = potential AE จำเป็นต้องทบทวนกระบวนการ (ทำ RCA)

๓. การจัดการความเสี่ยง (risk response)

- ๓.๑ กลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยง ได้แก่ ๑) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (A avoidance)
- ๒) การฟ่องถ่ายความเสี่ยง (T transfer) ๓) การป้องกันความเสี่ยง (P prevention)
- ๔) การลดความสูญเสีย (R loss reduction)

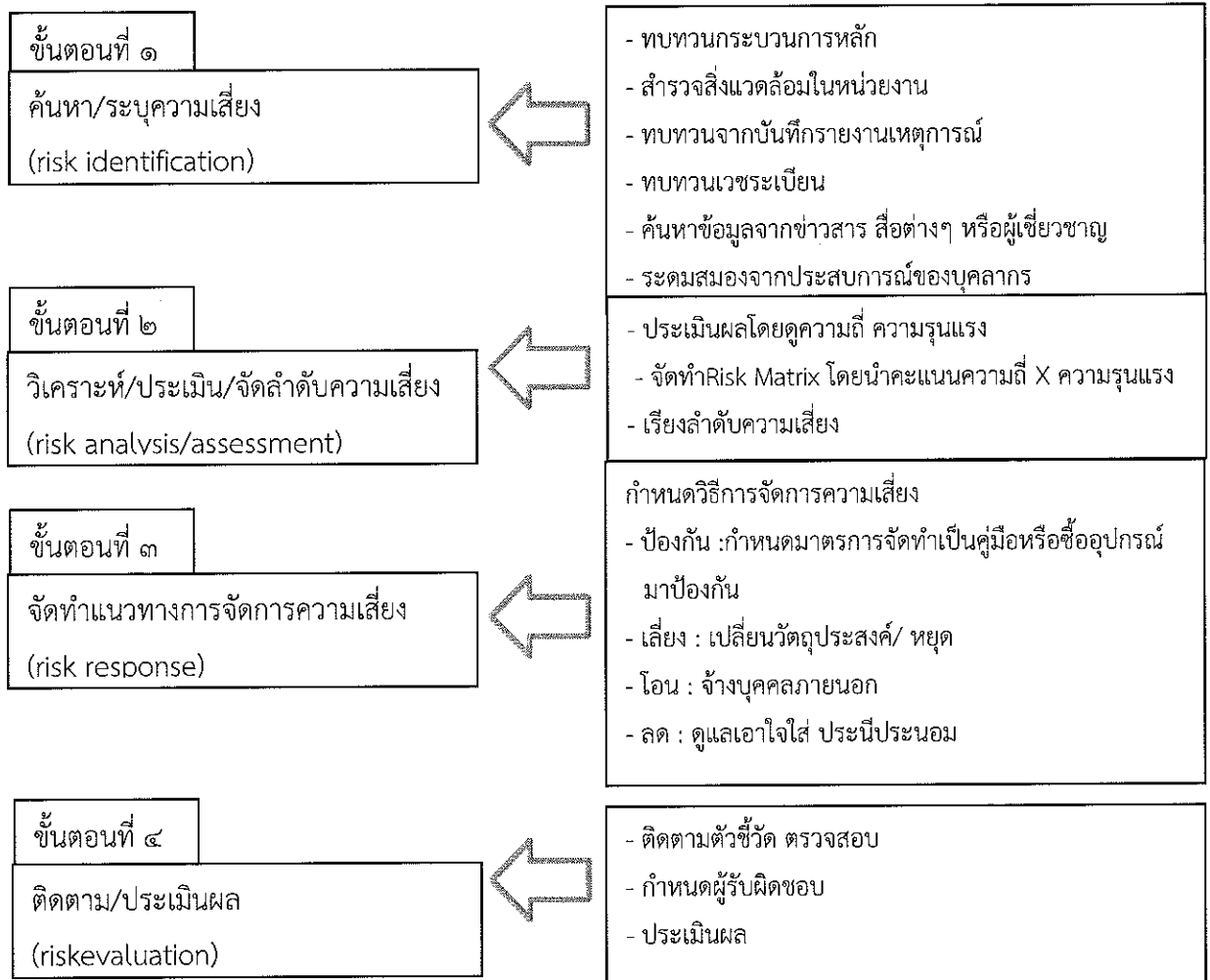
๓.๒ การกำหนดตัวชี้วัดซึ่งต้องกำหนดให้เหมาะสมกับปัญหาวัดได้ และเก็บรวบรวมได้ง่าย

๓.๓ การกำหนดกิจกรรม/มาตรการป้องกัน เมื่อค้นหาความเสี่ยงได้แล้ว หน่วยงาน ทำการกำหนดกิจกรรม/มาตรการป้องกัน และบันทึกในบัญชีความเสี่ยงของ หน่วยงาน

๔. การตรวจติดตามและประเมินผล (risk evaluation)

แผนผังกระบวนการ..

แผนผังกระบวนการบริหารความเสี่ยง

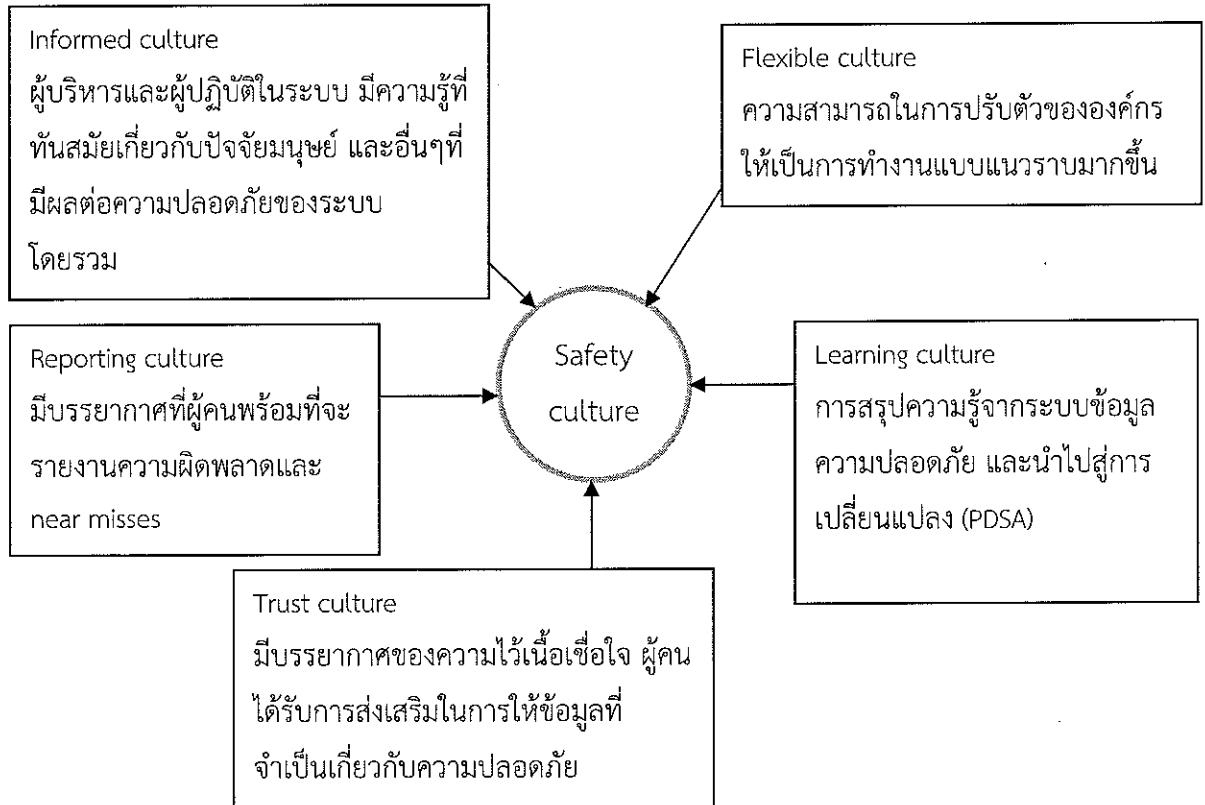


มาตรฐานระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย ๖ กล้อง

๑. มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง
๒. มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน
๓. มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันที่เหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนักอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล
๔. มีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสม มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน
๕. มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม
๖. มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

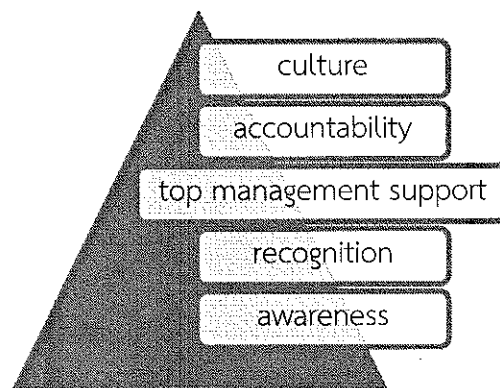
ภาพแสดงมาตรฐาน...

ลักษณะขององค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัย



วิธีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

- ผู้นำต้องทำ นโยบายต้องชัดเจน
- สร้างความตระหนักของบุคลากร
- กระตุ้น/ส่งเสริมการเขียนรายงานปัญหาไม่กล่าวโทษ และมีการสร้างขวัญกำลังใจ
- มีระบบป้อนกลับ
- มีทีมปฏิบัติที่ชัดเจน



การเยี่ยมสำรวจความเสี่ยง

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานสามารถประเมิน maturity ของการพัฒนาตาม Scoring Guideline ดังนี้

ระดับพอผ่าน เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 2.5 -3.0

ระดับดี เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 3.0-3.5

ระดับดีมาก เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 3.5-4.0

ระดับดีเยี่ยม เมื่อ mode ของ score มากกว่า4.0

1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2)															
มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ.															
32 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	ตอบสนองปัญหาเหตุการณ์เฉพาะรายอย่างเหมาะสม	มีระบบรายงานอุบัติการณ์, มีวิเคราะห์สาเหตุและปรับปรุง, มีกิจกรรมสร้างความตื่นตัวในงานประจำ	วิเคราะห์ความเสี่ยงรอบด้าน (ทั้งที่โดยเกิดและที่มีโอกาสเกิด), ระบบงานได้รับการออกแบบอย่างรัดกุมและนำไปปฏิบัติ	บูรณาการระบบงานและระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง	มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง, มีวัฒนธรรมความปลอดภัยเด่นชัด	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
33 การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย (ที่แนะนำไว้ในบันทึกชี้ที่ 1 สู่ HA)	มีการทบทวนเป็นครั้งคราว	มีการทบทวนที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน	มีการทบทวนที่ครอบคลุมโอกาสเกิดปัญหาสำคัญ, นำมาสู่การปรับปรุงระบบงาน	มีการทบทวนที่บูรณาการเข้าเป็นกิจกรรมประจำของหน่วยงาน, มีการติดตามการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	มีวัฒนธรรมของการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการมีระบบ concurrent monitoring	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
34 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ	เริ่มต้นใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพทางคลินิก เช่น indicator, CPG	ใช้เครื่องมือที่หลากหลายเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลกลุ่มผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามหลัก 3P	การพัฒนาคุณภาพทางคลินิกครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสำคัญในแต่ละสาขา, มีการ monitor KPI อย่างเหมาะสม	ผสมผสานงานวิจัยกับการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก หรือ R2R, ผสมผสานทุกแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก, ผลลัพธ์ทางคลินิกมีแนวโน้มที่ดีขึ้น	มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกอยู่ในเกณฑ์ที่ดีถึงดีเลิศ	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

ต่อตนเอง: เพิ่มพูนและพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง (การค้นหา การวิเคราะห์ การจัดลำดับความสำคัญ การจัดการความเสี่ยง) มาตรฐานระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพเกิดความตระหนักเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล

ต่อหน่วยงาน: พัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานให้ปฏิบัติได้จริงในงานประจำ เช่น การเชื่อมโยงกิจกรรมการทบทวน 12 กิจกรรมสู่การวางระบบป้องกันที่ครอบคลุมมุ่งเน้นค้นหาความเสี่ยงในระดับ A – D ให้มากขึ้น และพัฒนาการป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญ

ส่วนที่ ๓ ปัญหา/อุปสรรค

ไม่มี

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

จากการอบรมทำให้ได้ความรู้ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่น ๆ นอกสังกัดที่มีประสบการณ์ในการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์ที่หลากหลาย ทำให้มีความเข้าใจในความหมาย ความสำคัญ หลักการในการบริหารจัดการความเสี่ยงมากขึ้น เกิดแรงบันดาลใจ มีความกระตือรือร้นในการพัฒนาตนเอง และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล ทั้งนี้ควรให้ทีมนำของทุกหน่วยงานได้มีโอกาสเข้ารับการอบรมหลักสูตร HA ๖๐๑ ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ

(ลงชื่อ)
(นางสาววรรณภา กรีทอง)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา