

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน ประชุม/สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย และการปฏิบัติงาน
ในองค์การระหว่างประเทศ

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ/นามสกุล.....นางสาวชนกานต์ อธิสานันท์.....
อายุ.....๓๗ ปี.....การศึกษา.....แพทยศาสตรบัณฑิตและวุฒิปริญญาตรีวิทยาศาสตรบัณฑิต.....
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....รังสีวิทยา.....
ตำแหน่ง.....นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)ตรวจวินิจฉัยโดยการตรวจอัลตราซาวด์ อ่านและแปลผลภาพ
เอกซเรย์ทั่วไปภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ภาพการตรวจการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ (IVP)
ภาพการตรวจแมมโมแกรม คณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล ควบคุมดูแลแผนกรังสีวิทยา

๑.๒ ชื่อเรื่อง/หลักสูตร HA ๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ
เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๔,๕๐๐.-บาท

ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน ประชุม/สัมมนา และปฏิบัติงานวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเรียนรู้และทำความเข้าใจระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
๒. เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับงานด้านการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

๒.๒ เนื้อหา (โดยย่อ) สรุปลงผลการเข้าร่วมประชุม/สัมมนาเป็นเรื่องๆ ดังนี้

Principle of risk & Standard Hospital Accreditation edition ๔th & ๒P Safety

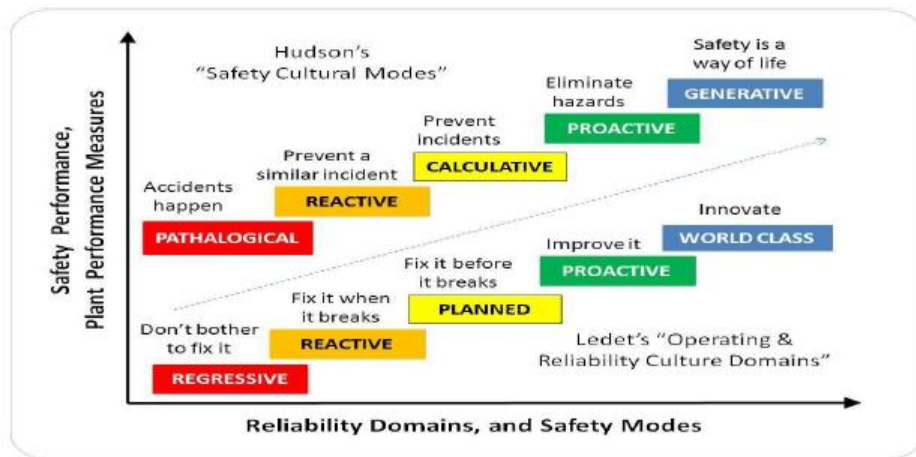
Risk Management and ๒P Safety

สรุปรายละเอียดเปรียบเทียบ Safety I และ Safety II

	Safety I	Safety II
แนวคิดความปลอดภัย	- สามารถระบุ คาดการณ์ ควบคุมสิ่งแวดลอมในการทำงานได้ เป็นปรกการณ์เชิงเส้นตรง	- คนทำงานร่วมสร้าง ต้องปรับตัวเข้ากับ สิ่งแวดลอมซึ่งไม่ซับซ้อน คาดการณ์ไม่ได้
นิยามความปลอดภัย	- มีอุบัติการณ์น้อยที่สุด	- ทุกอย่างเป็นไปด้วยดีมากที่สุด ทำงาน สำเร็จภายใต้สถานการณ์ที่หลากหลาย
จุดเน้น	- สิ่งที่เป็นความผิดพลาด	- สิ่งที่ต้องดำเนินการไปอย่างถูกต้อง ไม่เกิด ปัญหาและประสบความสำเร็จ

	Safety I	Safety II
หลักการจัดการความเสี่ยง	- ตั้งรับ ตอบสนองต่อเมื่อเกิดเหตุ หรือมีความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้	- เชิงรุก ติดตามรับรู้พัฒนาการและ เหตุการณ์ต่างๆ
มุมมองเรื่องคน	- เป็นภาระหรือสาเหตุของปัญหา	- เป็นทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับความยั่งยืนและฟื้นตัวได้ของระบบ
การสอบสวนอุบัติเหตุ	- ค้นหาสาเหตุของความผิดพลาด	- ทำความเข้าใจว่าสิ่งต่างๆดำเนินการไปอย่างไรจึงไม่เกิดปัญหา เพื่ออธิบายว่า บางครั้งเกิดปัญหาได้อย่างไร

การวิเคราะห์สถานการณ์ความปลอดภัยขององค์กร



คุณภาพกับความเสี่ง (Quality & Risk)

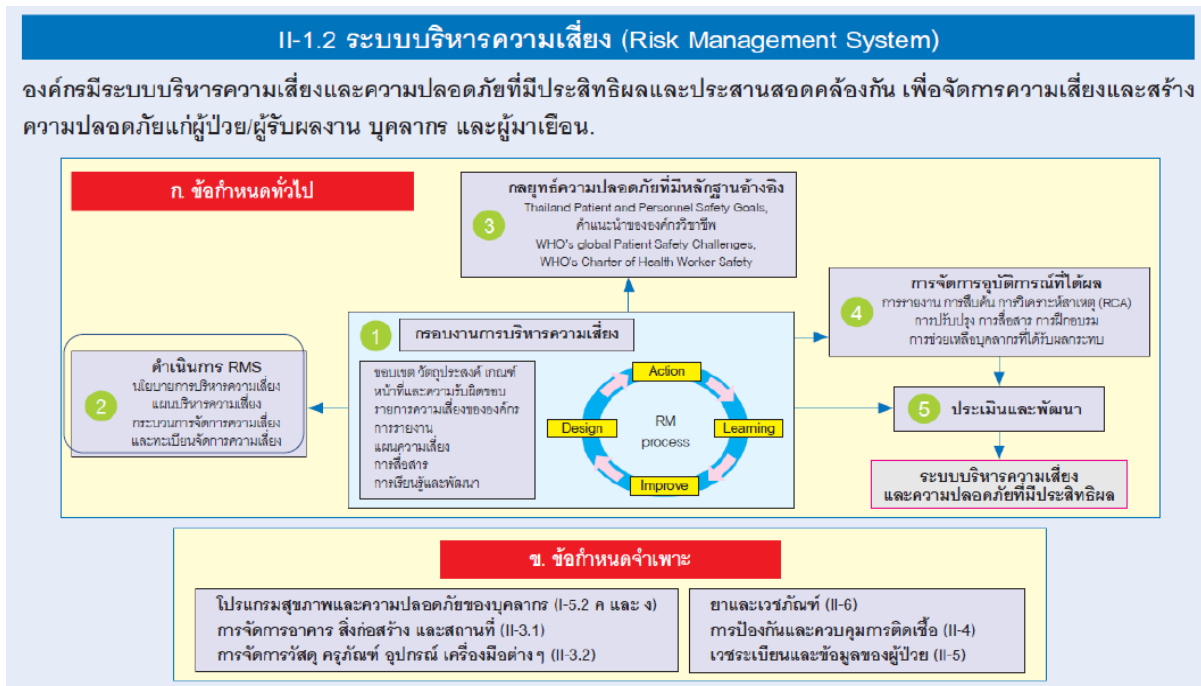
คุณภาพ คือ ภาวะที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่าต่อผู้รับผลงาน

ความเสี่ง คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์

- โอกาสที่จะไม่บรรลุเป้าหมาย
 - โอกาสเกิดอุบัติเหตุ
 - Incident (ความผิดพลาด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภาวะแทรกซ้อน อันตรายต่อผู้ป่วย)
- อุบัติเหตุ คือเหตุการณ์ที่เกิดความสูญเสีย ความเสียหาย หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- อุบัติเหตุที่เคยเกิดขึ้น จะยังคงเป็นความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดอีก ถ้าไม่มีการปรับปรุง

การบริหารความเสี่ยง/การจัดการความเสี่ยง (Risk Management)

การจัดการเพื่อควบคุม โอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบของอุบัติเหตุ (Incident) หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event)



สรุปได้ดังนี้

๑. แผนบริหารความเสี่ยง (Risk Management Plan)

- แผนระบุงค์ประกอบของการบริหาร แนวทาง และทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยง
- องค์ประกอบของการบริหาร: ระเบียบปฏิบัติ การปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบ กิจกรรม (รวมทั้งลำดับขั้นและเวลา)
- แผนบริการความเสี่ยงอาจจัดทำเฉพาะสำหรับบริการ กระบวนการ โครงการ สำหรับทั้งองค์กรหรือบางส่วนขององค์กร

๒. นโยบายบริหารความเสี่ยง (Risk Management Policy)

เป็นข้อความที่ระบุความมุ่งมั่นและทิศทางขององค์กรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง

๓. กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Process)

ประกอบด้วย การกำหนดบริบท การสื่อสารและปรึกษาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การติดตามและทบทวนความเสี่ยง ตามประยุกต์นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแนวปฏิบัติที่ผู้บริหารกำหนด

๔. ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk Register or Risk Log)

เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การตอบสนอง ไปจนถึงการติดตามและทบทวน ทำให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่มีชีวิตเป็นพลวัต และทำให้เกิดการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานสำคัญจำเป็น ต่อความปลอดภัย ๙ ข้อ



Safety Culture เป้าหมาย

๑. เข้าใจกรอบแนวคิดเรื่องวัฒนธรรมของความปลอดภัย
๒. เข้าใจความสำคัญของผู้นำในการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมของความปลอดภัย
๓. เข้าใจแนวคิดของ Just Culture
๔. สามารถนำแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์เพื่อสร้างวัฒนธรรมของความปลอดภัยได้

Safety Culture (วัฒนธรรมความปลอดภัย)

เป็นชุดของ ค่านิยม เจตคติ การรับรู้ ความคิด สมรรถนะ และแบบแผนพฤติกรรม (ความคิด และการกระทำ) ที่บุคลากรส่วนใหญ่ในองค์กร มีเหมือนกันในการจัดการ ความเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ กระบวนการทำงานในองค์กรทำให้เกิดความปลอดภัย ตลอดเวลาที่ทำงาน

ลักษณะขององค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัย

- Informed Culture ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในระบบ มีความรู้ที่ทันสมัย เกี่ยวกับปัจจัยด้านมนุษย์ เทคนิค องค์กร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของระบบโดยรวม.
 - Reporting Culture มีบรรยากาศที่ ผู้คนพร้อมที่จะรายงานความผิดพลาด และ near misses.
 - Just Culture มีบรรยากาศของความไว้วางใจ เชื่อใจ ซึ่งผู้คนได้รับการส่งเสริมในการให้ข้อมูลที่จำเป็น เกี่ยวกับความปลอดภัย ขณะที่มีความชัดเจนในเส้นแบ่ง ระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้ และ ยอมรับไม่ได้
 - Flexible Culture ความสามารถในการปรับตัวขององค์กรเมื่อเผชิญกับสถานะที่มีอันตรายด้วยการ เปลี่ยนจากการมีลำดับขั้นบังคับบัญชา มาเป็นการทำงานแบบแนวราบมากขึ้น
 - Learning Culture การสรุปความรู้ จากระบบข้อมูลความปลอดภัยและ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ขนานใหญ่
- The Components of Culture



๑. Leadership

ไม่จำเป็นต้องระบุเป็นลำดับขั้น

หน้าที่หลักของผู้นำ คือ การผลักดันให้ "ผู้ใต้บังคับบัญชา" พัฒนาพฤติกรรม กระบวนการ และเทคโนโลยีทำให้ประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้นอย่างชัดเจน

๒. Psychological Safety

เป็นสภาพแวดล้อมที่ทุกคนในองค์กร รวมถึงผู้ป่วย และครอบครัวสามารถพูด เรื่องที่กังวล , ข้อเสนอแนะ และ แนวคิดในการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้อย่างสะดวกใจโดยจะไม่ถูกลงโทษ หรือหักหน้าจากการพูดถึงความคิด คำถาม ข้อกังวล หรือความผิดพลาดนั้น ไม่ถูกมองว่าไม่มีความสามารถ ถูกมองว่าเป็นคนไม่ดีและ ถูกมองว่าเป็นคนที่รบกวน การทำงานของผู้อื่น

๓. Accountability

สำหรับพนักงาน คือความกล้าที่จะรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองทำ "Stop the line" หากมีคนในทีม พบ สิ่งที่น่าจะก่อให้เกิดความเสี่ยง ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยพวกเขาสามารถ หยุด การทำงานในขั้นต่อไปได้ จนกว่าข้อกังวล หรือ ความเสี่ยงที่มีได้รับการแก้ไข

สำหรับองค์กร คือความรับผิดชอบในการปฏิบัติต่อพนักงานอย่างเป็นธรรม และยุติธรรม "เมื่อเกิดความผิดพลาด" ดังนั้น นโยบาย และ ขั้นตอนในการปฏิบัติเมื่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) เกิดขึ้น จะต้องมีการแจ้งให้รับทราบกันทั้งองค์กร

๔. Teamwork and Communication Teamwork (การทำงานเป็นทีม)

คือ การร่วมกันทำงานของบุคคล หรือ สมาชิกที่มีมากกว่าหนึ่งคน เป็นการสร้างความรู้สึกร่วมในการทำงาน โดยทุกคนจะต้องมีเป้าหมายเดียวกันว่าจะทำอะไร รู้สิ่งที่ต้องปฏิบัติงาน ไม่ต้องรอรับคำสั่งจากใครคนใดคนหนึ่ง มีการวางแผนการทำงาน ที่ทุกคนช่วยกันแสดงความคิดเห็น จัดการกับความขัดแย้ง สรุปผล และ ยอมรับร่วมกัน ทำให้เกิดการดำเนินงานไปในแนวทางเดียวกัน

๕. Negotiation and Conflict Management

สำหรับเรื่องที่มีความสำคัญ และ มีความเห็นต่างของคนทำงานองค์กรต้องหาแนวทาง และ เจรจา ต่อรอง เพื่อจัดการกับข้อขัดแย้งนั้น ๆ เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันที่แท้จริงลักษณะของการต่อรอง มีอยู่ ๕ ประเภท

๕.๑ Avoidance (การหลีกเลี่ยง) ฝ่ายหนึ่งจะเลี่ยงการปะทะ มักจะได้ข้อตกลง ที่ไม่ชัดเจน เปิดโอกาส จะเกิดปัญหา และความขัดแย้งต่อไปได้

๕.๒ Accommodation (การปรับตัว) ฝ่ายหนึ่งยอมให้ เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง

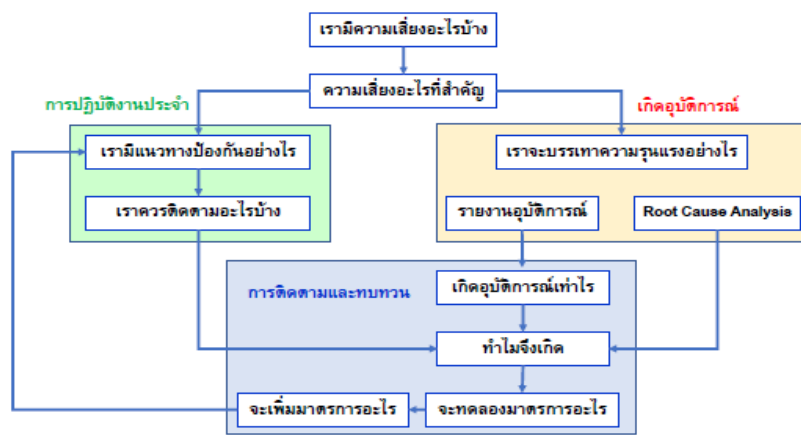
๕.๓ Competition (การแข่งขัน) แต่ละฝ่ายต้องการเป็นผู้ชนะ จะมีฝ่ายหนึ่ง ที่ได้อีกฝ่ายเสีย

๕.๔ Compromise (การประนีประนอม) แต่ละฝ่ายยอมถอยคนละก้าว เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกัน

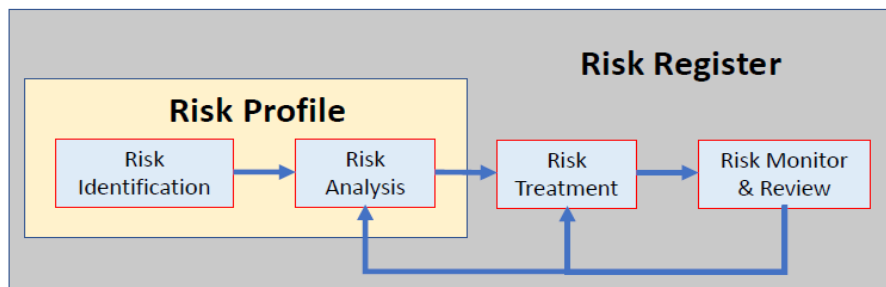
๕.๕ Collaboration (การทำงานร่วมกัน) ทั้งสองฝ่ายทำงานร่วมกัน

Risk Identification

กระบวนการบริหารความเสี่ยง



High							
Medium							
Low							
	Low	Medium	High	Very High	Extreme	Very High	High



Risk Profile เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสี่ง วิเคราะห์สิ่งคุกคามที่องค์กรเผชิญ อาจนำเสนอใน รูป risk matrix หรือ risk rating table

Risk Register เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ทำให้เป็น กระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัตมีการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

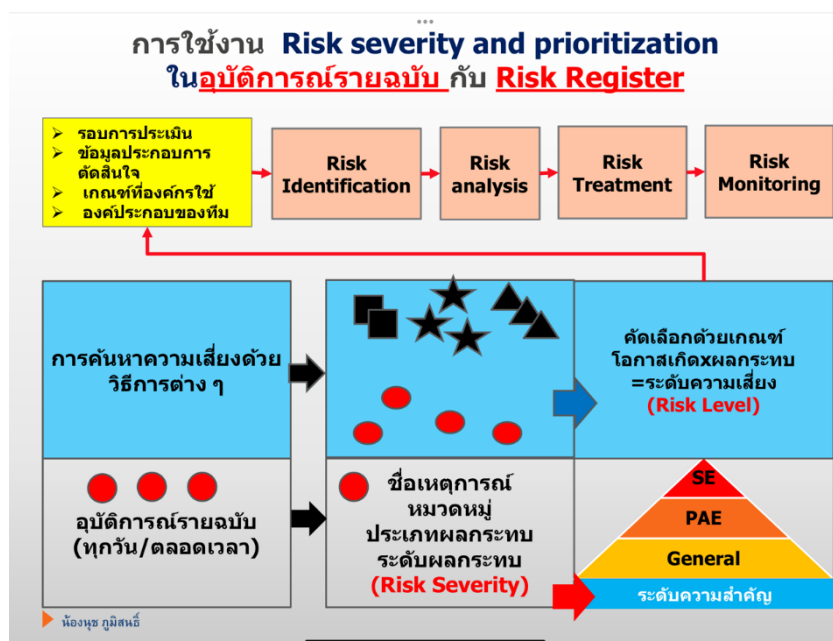
Type of Risk / Risk Domain

- Hazard risk (ความเสี่ยงจากภาวะอันตราย) เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับทรัพย์สินและมูลค่าของทรัพย์สินโดยทั่วไปจะทำประกันได้
- Financial risk (ความเสี่ยงด้านการเงิน) เป็นการตัดสินใจที่มีผลต่อความยั่งยืนทางการเงินขององค์กร
- Strategic risk (ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์) เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับจุดเน้นและทิศทางขององค์กร
- Operational risk (ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ) เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากระบบ คน กระบวนการภายใน ที่ไม่เพียงพอหรือล้มเหลว
- Human capital risk (ความเสี่ยงด้านทุนมนุษย์/กำลังคน) เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับกำลังคนขององค์กร
- Legal/Regulatory risk (ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ) ไม่สามารถระบุ จัดการ และติดตามการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับในระดับต่างๆ เครื่องจักร ฮาร์ดแวร์ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือ รวมทั้งเทคนิคระบบ และวิธีการขององค์กร
- Technology risk ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยี

Risk Identification

๑. ค้นหาความเสี่ยง เพื่อให้ทราบว่า มีความเสี่ยงอะไร
๒. ประเมินความเสี่ยง เป็นการเรียงลำดับความสำคัญของความเสี่ยงนั้นๆ เพื่อนำสู่การป้องกัน และแก้ไขความเสี่ยง
๓. การประเมินระบบ

Risk severity, prioritization and Risk Register



NCC MERP Taxonomy of Medication Errors

I. NO ERROR

- ๑. Category A : Circumstances or events that have the capacity to cause error

II. ERROR, NO HARM

[Note: Harm is defined as temporary or permanent impairment of the physical, emotional, or psychological function or structure of the body and/or pain resulting therefore requiring intervention.]

- ๒. Category B: An error occurred but the error did not reach the patient (An “error of omission” does reach the patient.)

- ๓. Category C : An error occurred that reached the patient, but did not cause patient harm

- ๓.๑ Medication reaches the patient and is administered

- ๓.๒ Medication reaches the patient but not administered

- ๔. Category D :An error occurred that reached the patient and required monitoring to confirm that it resulted in no harm to the patient and/or required intervention to preclude harm

III. ERROR, HARM

[Note: Harm is defined as temporary or permanent impairment of the physical, emotional, or psychological function or structure of the body and/or pain resulting therefore requiring intervention.]

- ๕. Category E:An error occurred that may have contributed to or resulted in temporary harm to the patient and required intervention

- ๖. Category F : An error occurred that may have contributed to or resulted in temporary harm to the patient and required initial or prolonged hospitalization ทำให้ผู้ป่วยอยู่นานขึ้น

- ๗. Category G : An error occurred that may have contributed to or resulted in permanent patient harm

- ๘. Category H : An error occurred that required intervention necessary to sustain life

- ๙. Category I: An error occurred that may have contributed to or resulted in the patient’s death

RISK SEVERITY/PRIORITIZATION

๑. ระดับผลกระทบกับ ระดับความสำคัญ

๑.๑. ระดับผลกระทบ

- การบาดเจ็บ
- นอกเหนือจากการบาดเจ็บ
- ชื่อเสียภาพลักษณ์

๑.๒. ระดับความสำคัญ

๒. Risk Analysis หรือ Risk Assessment หรือ Risk Rating Matrix ระดับโอกาสเกิด กับ ระดับผลกระทบ หลักการคือ การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมากและมีโอกาสเกิดบ่อยและจัดระดับลดหลั่นลงมา Risk matrix ที่ง่ายที่สุด คือ การแบ่งความรุนแรงและโอกาสเกิดเป็น ๒ ระดับ

๒.๑ การประเมินโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ในอนาคต

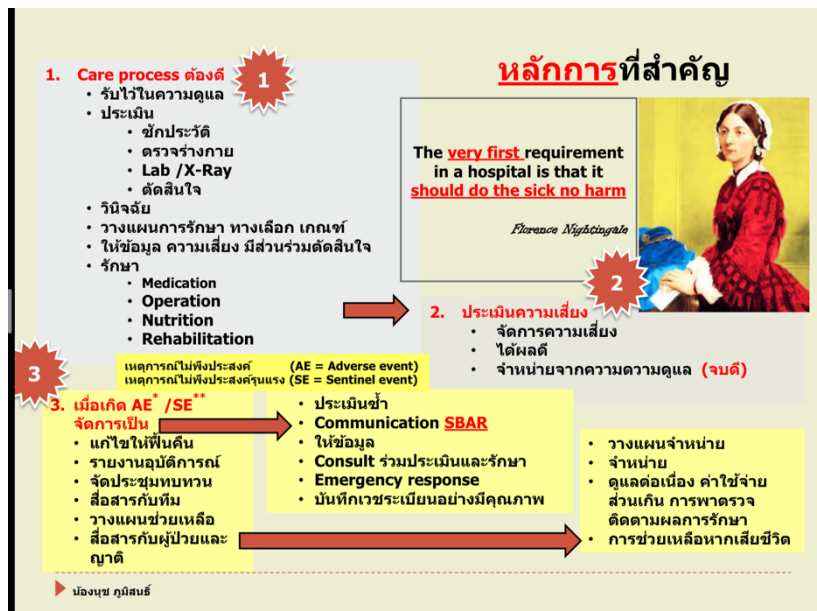
๒.๒ การประเมินผลการควบคุมอย่างง่าย

๒.๓ แนวคิดการจัดกลุ่มความเสี่ยงจาก Risk matrix

๒.๔ การจัดระดับความสำคัญของเหตุการณ์ด้วย Risk Level

RCA

การจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์



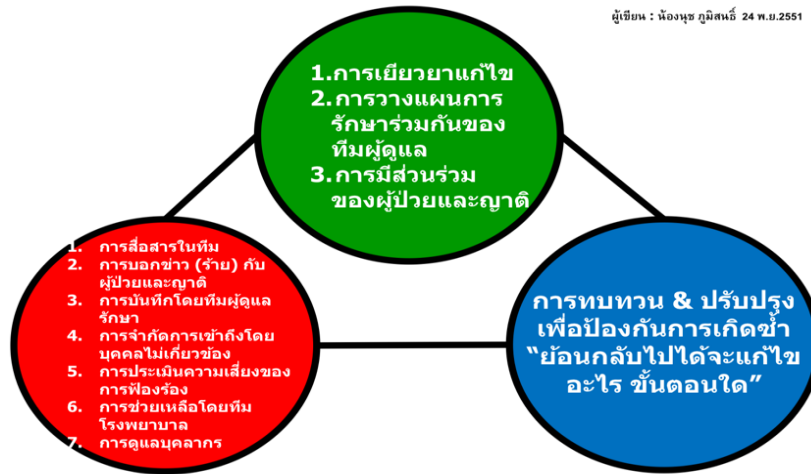
การป้องกันและการควบคุมความเสียหายไม่ให้ลุกลาม

๑. การจัดประชุมทันที (RCAอย่างง่าย)

๒. การประเมิน การรับรู้ ความเข้าใจต่อเหตุการณ์

สมดุล WIN WIN WIN

ผู้เขียน : พ้องบุษ ภูมิสนธิ์ 24 พ.ย.2551



การทำ RCA จะกระทำเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง(Sentinel Event)

- ด้านการรักษาพยาบาล (Medical) :

๑. การเสียชีวิตของผู้ป่วยโดยไม่คาดหมายทุกสาเหตุ (ระดับ extreme)
๒. เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยจนถึงขั้นทุพพลภาพทุกสาเหตุ (ระดับ major)
๓. เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ G H I
๔. เกิดความเสียหายร้ายแรงแก่ผู้ป่วย ระดับ E ขึ้นไป

- ผ่าตัดผิดคน/ผิดอวัยวะ/ผิดที่
- ส่งทารกผิดพ่อ-แม่
- ลักพาทารก/ผู้ป่วย
- ผู้ป่วยถูกประทุษร้าย
- เครื่องมือ/ผ้า ค้างในร่างกาย
- ได้รับรังสีมาก/น้อยกว่ากำหนด
- ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตาย

๕. เกิดความเสียหายร้ายแรงแก่รพ./บุคลากร

- ผู้ป่วยหายไปขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล
- มีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อแพร่ระบาดในโรงพยาบาล

๖. อุบัติภัยหมู่

๗. ความผิดพลาด/ความเสียหายใดๆที่มีโอกาสนำไปซึ่งการฟ้องร้อง/การสูญเสีย/การเสื่อมเสียชื่อเสียง

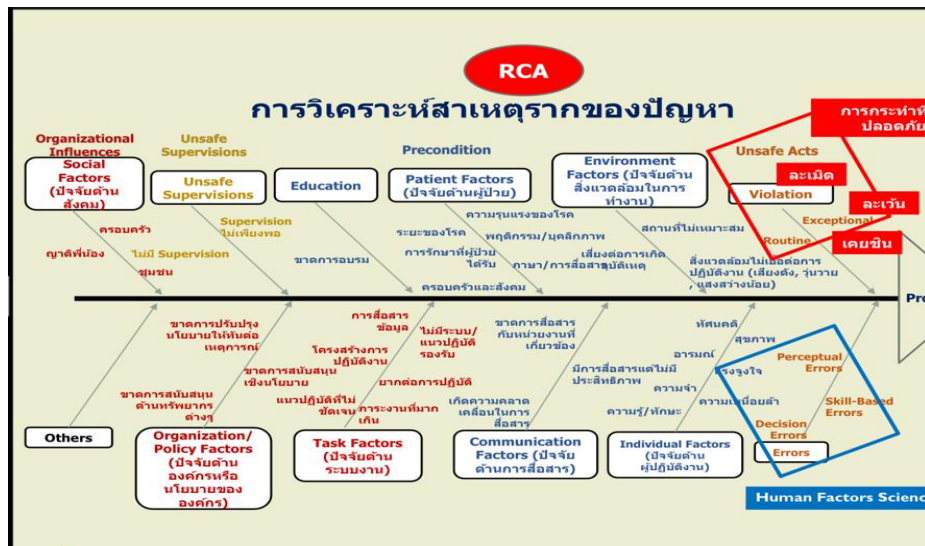
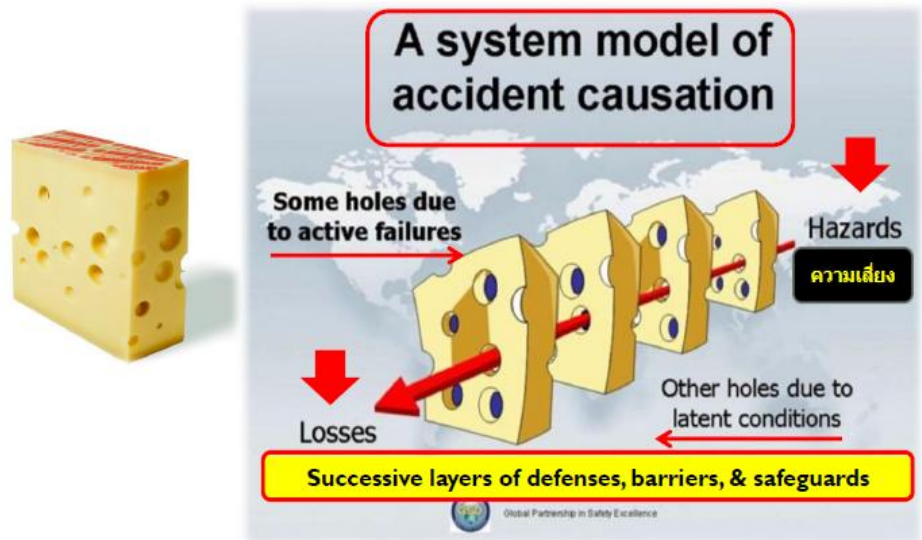
- ระบบบริการ (Non Medical) : ระดับ Moderate ขึ้นไป
 ๑. เหตุระเบิดจากวัตถุระเบิด/มีการใช้อาวุธปืนทำร้าย
 ๒. เหตุอัคคีภัย
 - ๓ .การรั่วไหลของสารเคมี/ชีวภาพ/กัมมันตรังสี/ก๊าซ

๔. ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง เสียการทำหน้าที่มากหรือรุนแรง ส่งผลให้ระบบงานหลักหยุดชะงักทำงานต่อไปไม่ได้ ถูกทำลายโดยสิ้นเชิง

๕. เหตุการณ์ใดๆ ที่เสี่ยงต่อการเสื่อมเสียชื่อเสียงของบุคลากร/รพ.

Root Cause Analysis : การวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง หรือสาเหตุรากของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นๆ เพื่อขจัดสาเหตุที่แท้จริงหรือสาเหตุรากนี้ให้หมดไป

Swiss Cheese Model



แนวทางการทำ RCA

๑. ศึกษาเหตุการณ์ที่จะทำ RCA
๒. เขียนเส้นทาง โดยใช้คน หรือสิ่งของที่ได้รับ ความเสียหายเป็นตัวเดินเรื่อง หรือ เดินตามกระบวนการทำงาน หรือ การดูแลรักษาที่ทาอยู่ตามมาตรฐาน หรือวิธีปฏิบัติงาน

๓. ตั้งใจหว่านอะไรขึ้น ให้ครอบคลุม หาสาเหตุของแต่ละหว่านมาจากอะไรได้บ้าง โดยใช้สมมติฐานที่เป็นไปได้ ใช้คำถาม Why?
๔. หาข้อมูลจากแหล่งที่เกี่ยวข้อง เช่น เวชระเบียน แบบบันทึกข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในเรื่องนั้นๆ สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง หรือขอคู่มือการทำงาน
๕. เขียนเส้นทาง พร้อมความเชื่อมโยง จากจุดเกิดเหตุและไกลออกไป จากภายในองค์กร ไปภายนอกองค์กร (ถ้ามี)
๖. สรุป เกิดอะไรขึ้น มีสาเหตุจากอะไรเป็นแผนภาพ เพื่อเป็นสมมติฐาน
๗. จัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง หาข้อยุติ พร้อมหลักฐานที่ปรากฏจริง ตัดสมมติฐานที่ไม่ใช่ความจริงของเหตุการณ์นี้
๘. สรุปสิ่งที่เป็นสาเหตุ และสิ่งที่ต้องปรับปรุง เพื่อนำไปออกแบบและใช้งาน

Failure Mode & Effect Analysis (FMEA)

FMEA คือ วิธีการที่เป็นระบบในการค้นหาและป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น มุ่งที่การป้องกัน โศกนาฏกรรม โดยไม่รอให้เหตุการณ์ที่เลวร้ายเกิดขึ้น แต่มุ่งจะทำให้ระบบมีความเข้มแข็งมากขึ้น เกิดความผิดพลาดน้อยลง

ขั้นตอนการทำ FMEA

๑. เรื่องที่จะทำ(ผ่านการทบทวนมาก่อน)
๒. จัดตั้งทีม องค์กรประกอบสมาชิก(มีผลต่อการระดมสมอง)
๓. เขียนแผนภูมิ กระบวนการ ขั้นตอน
๔. กำหนดให้ List รายการ Failure Mode แต่ละขั้นตอน และค่านวนค่า RPNS
๕. ในแต่ละข้อให้ตัดสินใจว่า
 - ๕.๑ จะทำอย่างกับ Failure Mode นั้น
 - A. ขจัด
 - B. ควบคุม
 - C. ยอมรับ
 - ๕.๒ อธิบายแนวทางที่จะใช้ขจัดหรือควบคุมสาเหตุของ Failure Mode
 - ๕.๓ พิจารณาตัววัดผลลัพธ์ที่จะใช้วิเคราะห์และประเมินผล
 - ๕.๔ กำหนดผู้รับผิดชอบที่จะดำเนินงาน
 - ๕.๕ เสนอให้ผู้บริหารระดับสูงให้ความเห็นชอบ
๖. ดำเนินการตามกระบวนการ PDCA
๗. คำนวนค่า RPNS อีกครั้ง

Safety Design

- Pro-active Design in Risk Register
- Re-active Design in RCA

แผนรับมือกับความเสี่ยงในประเด็นต่อไปนี้

Risk prevention: การควบคุมความเสี่ยงให้เกิดน้อยลง

Risk monitor: จะติดตามตัวชี้วัดหรือข้อมูลอะไรเพื่อตรวจจับโอกาสเกิดอุบัติการณ์ได้เร็วขึ้น หรือ รับทราบสถิติการเกิดอุบัติการณ์

Risk Mitigation: การทุเลาความเสียหายเมื่อเกิดอุบัติการณ์

QI Plan: เพื่อหาคำตอบที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในการป้องกันอุบัติการณ์

Risk treatment : SARA

- Risk Sharing (Transfer) : RISK PREVENTION (Admission Criteria, Referral Criteria
Ultra safe / Zero Event)

- Risk Acceptation (Take) : Risk Mitigation , Zero Harm (Harm Free Care)

- Risk Reduction (Treat) : Risk Prevention (Safety Design, High Reliability, Ultra
adaptive)

- Risk Avoiding (Terminate) : Risk Mitigation , Guilty Insurance, ชดเชย ม.๔๑

Risk Register

ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk Register or Risk Log) เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการ
บริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ทำให้เป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต ปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

Risk Profile

- เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสี่ยง ซึ่งอาจจะเป็นความเสี่ยงที่ทั้งองค์กรต้องจัดการ หรือบางส่วน
ขององค์กรก็ได้(ISO๓๑๐๐๐)

- เป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณในสิ่งคุกคามประเภทต่างๆ ที่องค์กรต้องเผชิญ

- อาจนำเสนอในรูป risk matrix หรือ risk rating table

Risk Register คือเครื่องมือสำหรับกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

๑. Risk Identification

๑.๑ ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) อาจระบุได้จากวิธีการต่อไปนี้

- รายงานอุบัติการณ์ การทบทวนคุณภาพ การทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ trigger tools
- การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย
- การตามรอยการดูแลผู้ป่วย

๑.๒ ความเสี่ยงอื่นๆ (Non-clinical Risk) ควรครอบคลุมประเภทต่อไปนี้

- ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์/ธุรกิจ
- ความเสี่ยงด้านกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ
- ความเสี่ยงด้านทรัพยากรบุคคล
- ความเสี่ยงด้านการเงิน
- ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม
- ความเสี่ยงด้านสารสนเทศ

- ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ

การระบุความเสี่ยง

Pitfall ๑: สับสนระหว่างอุบัติการณ์กับความเสี่ยง

Guideline: คิดถึงความเสี่ยงในภาพรวม มีใช่เฉพาะเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง

Pitfall ๒: ระบุเฉพาะความเสี่ยงที่เคยเกิดเป็นอุบัติการณ์ขึ้นแล้ว

Guideline: วิเคราะห์ความเสี่ยงทั้งที่เคยเกิด (จาก incident) และไม่เคยเกิด (ทำ FMEA)

Pitfall ๓: ให้นิยามความเสี่ยงไม่ชัดเจน

Guideline: ปรึกษาในทีมว่าแต่ละคนตีความหมายว่าอย่างไร ปรับความเข้าใจให้ตรงกัน อาจใช้นิยามมาตรฐานจากแหล่งที่น่าเชื่อถือเป็นจุดเริ่ม

๒. Risk Analysis แนวทางปฏิบัติ: วิเคราะห์โอกาสที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นอุบัติการณ์ (Likelihood) วิเคราะห์ผลกระทบหรือความรุนแรงของอุบัติการณ์หากเกิดขึ้น ประมาณการโดยให้คะแนน ๑-๕ (๑=ต่ำสุด, ๓=ปานกลาง, ๕=สูงสุด) บวกคะแนนทั้งสองเข้าด้วยกันเป็น Risk Level พิจารณาลำดับความสำคัญของ Risk ทั้งหมด

การวิเคราะห์ความเสี่ยง

Pitfall ๑: ไม่เข้าใจความไม่แน่นอนของความรุนแรง

Guideline: ให้ดูความเป็นไปได้ในภาพรวม เป็นเรื่องของการคาดการณ์

Pitfall ๒: ให้ค่าระดับความเสี่ยงต่ำมากสำหรับความเสี่ยงที่ไม่เคยเกิดขึ้น

Guideline: ให้ความสำคัญกับผลกระทบหากเกิดเหตุการณ์ขึ้น แม้ไม่เคยเกิด ก็ต้องเข้มงวดในเรื่องมาตรการป้องกัน

Pitfall ๓: พยายามใช้เกณฑ์ที่ผู้อื่นกำหนด

Guideline: การให้น้ำหนักโอกาสเกิด (likelihood) เป็นเรื่องของการเปรียบเทียบภายในองค์กรเอง ควรนำข้อมูลจำนวนหรืออัตราที่เคยเกิดขึ้นของความเสี่ยงแต่ละตัวมาเปรียบเทียบกัน

Pitfall ๔: ใช้เวลาในขั้นตอนนี้มากเกินไป

Guideline: ประมาณ Risk Level เป็นสี่เหลี่ยม เหลือง ส้ม แดง มาใช้งานก่อน

๓. Risk Treatment

- Risk transfer: ถ่ายโอนความเสี่ยงให้คนอื่น ถ้าคิดว่าไม่คุ้มที่จะทำเอง

- Risk prevention: การควบคุมความเสี่ยงให้เกิดขึ้นน้อยลง

- Risk monitor: จะติดตามตัวชี้วัดหรือข้อมูลอะไรเพื่อตรวจจับโอกาสเกิดอุบัติการณ์ได้เร็วขึ้น หรือรับทราบสถิติการเกิดอุบัติการณ์

- QI Plan: เพื่อหาคำตอบที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในการป้องกันอุบัติการณ์

การวางแผนรับมือความเสี่ยง

Pitfall ๑: Risk Prevention ใส่กิจกรรมทั่วไปจนรังรังไม่เกิดประโยชน์

Guideline: ระบุเฉพาะมาตรการสำคัญโดยสรุปเพื่อป้องกันความเสี่ยงเอาไว้ทบทวนว่ามาตรการนั้นเพียงพอหรือไม่

Pitfall ๒: Risk Monitoring ไม่รู้ว่าจะระบุอะไร

Guideline: การ monitor แนวโน้มของอุบัติการณ์จะใส่หรือไม่ก็ได้ ควรให้ความสำคัญกับการ monitor complianceหรือปัจจัยที่ทำให้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

Pitfall ๓: Risk Mitigation เขียนไม่ต่างจาก Risk Prevention

Guideline: ให้นำถึงสิ่งที่ต้องปฏิบัติเพื่อเกิดอุบัติการณ์ เพื่อบรรเทาความรุนแรง

Pitfall ๔: Quality Improvement Plan ขาดความเฉพาะเจาะจง

Guideline: ให้นำถึงว่าจะทดลองมาตรการป้องกันใหม่ๆ อะไร

๔. Risk Monitor and Review

๔.๑ การติดตามความเสี่ยง (Risk Monitoring) คือการกำกับดูแล ตรวจสอบและสังเกตอย่างต่อเนื่อง กับสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น และเพื่อประเมินว่าจะบรรลุสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่

๔.๒ การทบทวนความเสี่ยง (Risk Review) เป็นกิจกรรมเพื่อพิจารณาว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเหมาะสมเพียงพอ และได้ผลในการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่ ควรมีการทบทวนทั้ง RM framework และ RM process ซึ่งครอบคลุม RM policy & plans, risks, risk criteria, risk treatments, controls, residual risks, risk assessment process.

Review risk owner คือบุคคลหรือคณะบุคคลที่ได้รับ authority เพื่อจัดการกับความเสียหายใดความเสี่ยงหนึ่ง และออกหน้ารับผิดชอบ (accountable) ในการรับทำหน้าที่ดังกล่าว

บทบาทหน้าที่ Owner

๑. Monitor Process ตามรอยมาตรการว่ามีการปฏิบัติที่รัดกุมหรือไม่เพื่อให้ความช่วยเหลือ ให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามมาตรการ หรือปรับปรุงมาตรการให้มีประสิทธิภาพ สิ่งสำคัญคือต้องเข้าใจผู้ปฏิบัติ

๒. Monitor Results ติดตามผลลัพธ์ Risk Owner ควรสามารถเข้าถึงข้อมูลอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น มีการทบทวน รวบรวมผลการทำ RCA และวิเคราะห์แนวโน้มของข้อมูลภาพรวม ชวนผู้เกี่ยวข้องมาพูดคุยเรื่องผลลัพธ์ของอุบัติการณ์ ว่าเป็นไปตามคาดหวังไหม ควบคุมเป็นอย่างไร มาตรการป้องกันเพียงพอหรือไม่ ถ้าอยากให้รัดกุมมากขึ้นต้องเพิ่มมาตรการอะไร

Residual risk คือความเสี่ยงที่เหลืออยู่หลังจากที่นำ risk treatment option ไปปฏิบัติ

Risk Monitoring & Evaluation

เป็นกิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตาม ความสำเร็จ และ สถานการณ์ของกิจกรรมบริหารความเสี่ยง

เป็นการติดตามความเสี่ยงที่ รับรู้และค้นหาความเสี่ยงใหม่ๆ เพื่อประเมินการปฏิบัติ ตามแผนบริหารความเสี่ยงและ ประเมินประสิทธิผลในการลดความเสี่ยง

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

- วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
- ความครอบคลุมในการค้นหาความเสี่ยง/ความครอบคลุมของการรายงานอุบัติการณ์
- การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

- ความสามารถในการป้องกันและลดอุบัติเหตุร้ายแรง รวมทั้งความสูญเสียที่เกิดขึ้น

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๑. ได้เรียนรู้วิธีการ ขั้นตอนของระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ เพื่อนำมา พัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาล ก่อให้เกิดแรงกระตุ้นในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

๒. สามารถนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้ในการพัฒนาองค์กร และเผยแพร่ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลได้

ส่วนที่ ๓ ปัญหา/อุปสรรค

ขาดการเรียนรู้ร่วมกันจากคนในทีมงานระบบบริหารความเสี่ยง เนื่องจากบุคลากรสมัครเข้ารับการอบรม เพียงบางส่วน

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การจัดประชุม: ขอให้มีการจัดให้ผู้อื่นในโรงพยาบาลได้รับฟังไปพร้อมๆกัน

การประชุมเรื่องระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเป็นการประชุมที่มีประโยชน์ ก่อให้เกิดแรงกระตุ้นในการ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จึงควรส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ สร้างเสริมแนวคิดในการทำงาน ระบบบริหารความเสี่ยงและพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างยั่งยืนต่อไป

(ลงชื่อ).....

(นางสาวชนกานต์ อลิสนันท์)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

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

(ลงชื่อ).....

(นายอรรถพล เกียรติคุณสุขศรี)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์