รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ – นามสกุล....นางสาววิรัชฎา สุดแสง.....
อายุ..๓๘...ปี การศึกษา...แพทย์ศาสตร์บัณฑิต.....
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน....รังสีวิทยาวินิจฉัย.....
ตำแหน่ง...นายแพทย์ชำนาญการ.....
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)..ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา ปฏิบัติงานเป็นรังสีแพทย์ ทำหน้าที่วินิจฉัยภาพเอกเรย์ ตรวจอัลตร้าซาวด์ ให้คำปรึกษาด้านงานรังสีวิทยา
.....

๑.๒ ชื่อ – นามสกุล....นางสาวพัชรพร บุญลือลักษณ์.....
อายุ..๕๔...ปี การศึกษา...พยาบาลศาสตร์บัณฑิต.....
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....-.....
ตำแหน่ง...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)..ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วย๒-๒ ปฏิบัติงานให้การพยาบาลผู้ป่วยใน เพศชาย ทุกประเภท วางแผนให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ครอบคลุม ๔ ด้าน คือการดูแลรักษา การป้องกัน การฟื้นฟูสภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร..HA ๖๐๑: ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ รุ่นที่ ๒.....
สาขา.....
เพื่อ ☐ศึกษา ☑ฝึกอบรม ☐ประชุม ☐ดูงาน ☐สัมมนา ☐ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ ☑เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร ☐เงินบำรุงโรงพยาบาล
☐ทุนส่วนตัว ☐ไม่มีค่าใช้จ่าย
จำนวนเงิน.....๑๐,๐๐๐.....บาท
ระหว่างวันที่... ๑๑-๑๓ มกราคม ๒๕๖๖....สถานที่ ห้องพระศิวะ ชั้น ๓ โรงแรมอัศวินแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร
คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ.....-.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. เข้าใจความหมาย ความสำคัญและหลักการบริหารความเสี่ยง
๒. เข้าใจมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสาธารณะสุข ฉบับที่ ๕ ระบบบริหารความเสี่ยง และนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. โรงพยาบาลสามารถเข้าใจและนำไปวางระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยระดับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

๒.๒ เนื้อหา

ความเสี่ยง คืออะไร (What is risk)

ความเสี่ยง คือ ผลกระทบของความไม่แน่นอนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของการทำงานหรือขององค์กร ทั้งเชิงบวกซึ่งจะเป็นโอกาสที่ดี หรือเชิงลบที่ผิดไปจากความคาดหวัง

การบริหารความเสี่ยง คืออะไร

Risk management คือ ชุดของกิจกรรมและวิธีการที่ใช้ในการชี้นำองค์กรและควบคุมความเสี่ยงต่างๆที่อาจมีผลต่อความสามารถในการบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กร

ทำไมต้องมีการบริหารความเสี่ยง

สถานพยาบาลมีความเสี่ยงเป็นจำนวนมาก ทั้งความเสี่ยงทั่วไปละความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย การมีแนวทางที่เป็นระบบในการรับมือกับความเสี่ยงเป็นสิ่งที่จำเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้องค์กรปฏิบัติหน้าที่ได้ตามเป้าหมายและเป็นที่ไว้วางใจของสังคม

การบริหารความเสี่ยงมีองค์ประกอบ ดังนี้

๑.Risk management principles

๒.Risk management framework

๓.Risk management processes

หลักการของการบริหารความเสี่ยง มีดังนี้

๑. สร้างการปกป้องคุณค่า (values) การป้องกันหรือลดโอกาสเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยคือการส่งมอบบริการที่มีคุณค่า

๒. เป็นส่วนหนึ่งของทุกกระบวนการขององค์กร (all processes)ทุกกระบวนการมีความเสี่ยงแฝงอยู่ RM จึงควรคลอบคลุมทุกกระบวนการขององค์กร ตั้งแต่ระบบกลยุทธ์ถึงระดับปฏิบัติการ

๓. เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจ (decision making)ต้องตัดสินใจว่าจะยอมรับความเสี่ยงหรือไม่ จะรับมือกับความเสี่ยงอย่างไร จะบรรเทาความเสียหายอย่างไร

๔. แสดงออกถึงความไม่แน่นอนให้ชัดเจน (uncertainty)ความเสี่ยงเป็นเรื่องของโอกาสเกิดอุบัติการณ์ ไม่สามารถบอกได้แน่นอนในแต่ละรายว่าจะเกิดหรือไม่แต่สามารถคาดการณ์ให้ชัดเจนเป็นตัวเลขได้ว่ามีโอกาสเกิดขึ้นเท่าไร

๕. เป็นเรื่องของความเป็นระบบ มีโครงสร้างชัด ทันเวลา (systematic)

- Systematic ในการวิเคราะห์ข้อมูล การวางระบบเพื่อป้องกัน
- โครงสร้างชัดเจนว่าใครจะต้องทำอะไร เมื่อไร เช่น หน้าที่ของ risk owner และ risk register
- ทันเวลา คือทันเวลาในการรับรู้คว่ามเสี่ยงและอุบัติการณ์ ทันเวลาในการปรับเปลี่ยนมาตรการป้องกัน

๖. อยู่บนพื้นฐานของสารสนเทศที่ดีที่สุดที่มีอยู่ (best information)

- ใช้ข้อมูลที่ดีที่สุดในการวิเคราะห์ความเสี่ยง ในการเตรียมพร้อมรับมือระหว่างทำงา

๗. ปรับให้สอดคล้องกับบริบทและ risk profile (context)

- ระบบ RM ต้องพิจารณาว่าบริบทองค์กรทำให้เกิดความเสี่ยงอะไรบ้าง
- แต่ละความเสี่ยงมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์และรุนแรงเพียงใด

๘. นำปัจจัยด้านมนุษย์และวัฒนธรรมมาพิจารณา (human and cultural)
- ปัจจัยมนุษย์ นำมาพิจารณาว่าจะก่อให้เกิดความเสี่ยงอย่างไร และจะออกแบบป้องกันอุบัติการณ์อย่างไร
- ปัจจัยวัฒนธรรม เป็นส่วนสำคัญในการสร้างองค์กรที่ปลอดภัยยิ่งยวด

๙. มีความโปร่งใสและไม่กีดกัน (transparent & inclusive)
- มีความโปร่งใสใจการเปิดเผยข้อมูลเมื่อเกิดเหตุการณ์ เพื่อนำมาสู่การเรียนรู้
- ทุกคนไม่ถูกกีดกันออกจากกระบวนการเรียนรู้ การระบุความเสี่ยงและแนวทางป้องกัน

๑๐.มีความเป็นพลวัต หมุนซ้ำ และตอบสนองการเปลี่ยนแปลง (dynamic)
- มีการ update บัญชีรายการความเสี่ยงเมื่อจำเป็น
- risk register กำหนดให้มีวงรอบของการทบทวนชัดเจน

๑๑.ช่วยให้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในองค์กร (improvement)
- การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ นำมาสู่การปรับปรุงเพื่อป้องกัน
- แม้ไม่เกิดอุบัติการณ์ ก็คิดถึงแผนการพัฒนามาตรการป้องกัน

Risk management framework

คือ องค์ประกอบของการบริหารความเสี่ยง ซึ่งได้รับการออกแบบ นำไปปฏิบัติติดตามทบทวนและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบสำคัญดังกล่าวได้แก่

(๑) โครงหลักของการบริหารความเสี่ยง เช่น นโยบาย ของเขตการประเมินความเสี่ยง วัตถุประสงค์ ภารกิจ และความมุ่งมั่นในการบริหารความเสี่ยง ที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร

(๒) การจัดการภายในองค์กร เช่น สรุปแผนจัดการความเสี่ยงที่สำคัญการออกแบบกระบวนการและกิจกรรม การเชื่อมโยงกับระบบอื่น การกำหนดองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีม ทรัพยากรที่ใช้ การอบรมบุคลากร กระบวนการการสื่อสารกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียการกำกับติดตามและประเมินผล

(๓) รายการความเสี่ยงที่จะจัดการ ควรครอบคลุมความเสี่ยงด้านยุทธศาสตร์ ด้านคลินิก ด้านปฏิบัติการ ด้านการเงิน และด้านอันตรายต่าง ๆ

Risk management policy เป็นข้อความที่ระบุความมุ่งมั่นและทิศทางขององค์กรในเรื่องการบริหารวามเสี่ยง

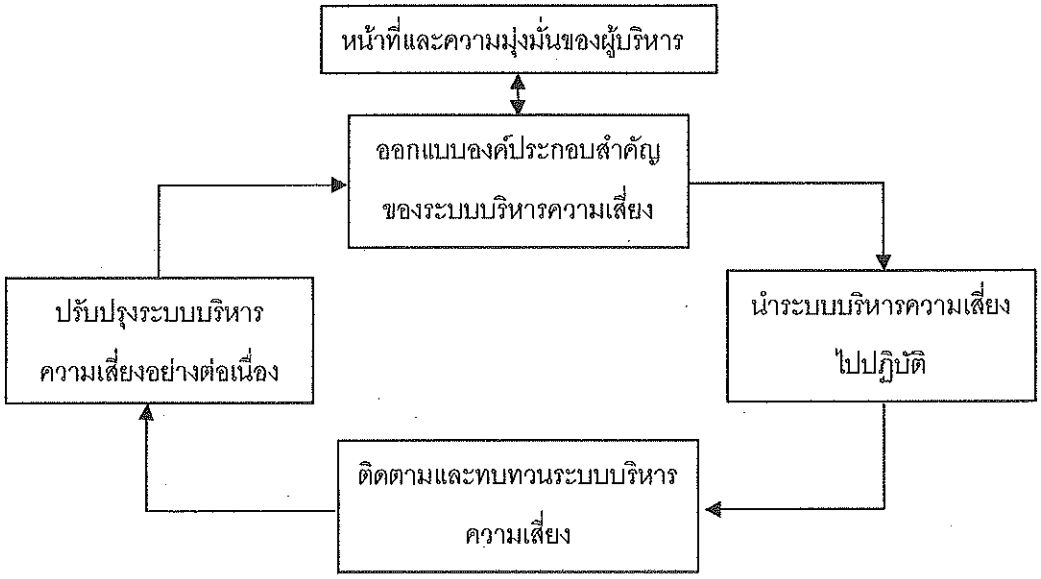
Risk management plan ได้แก่สิ่งต่อไปนี้

(๑) คู่มือบริหารความเสี่ยง ระบุองค์ประกอบของการบริหาร แนวทาง และทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยง

(๒) ระเบียบปฏิบัติ คู่มือการปฏิบัติ หน้าที่รับผิดชอบ กิจกรรม (รวมทั้งลำดับขั้นและเวลา)

(๓) แผนบริหารความเสี่ยงเฉพาะสำหรับบริการ กระบวนการโครงการ

Risk management framework



กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk management process) ประกอบด้วย

(๑) การกำหนดบริบท

(๒) การสื่อสารและปรึกษาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

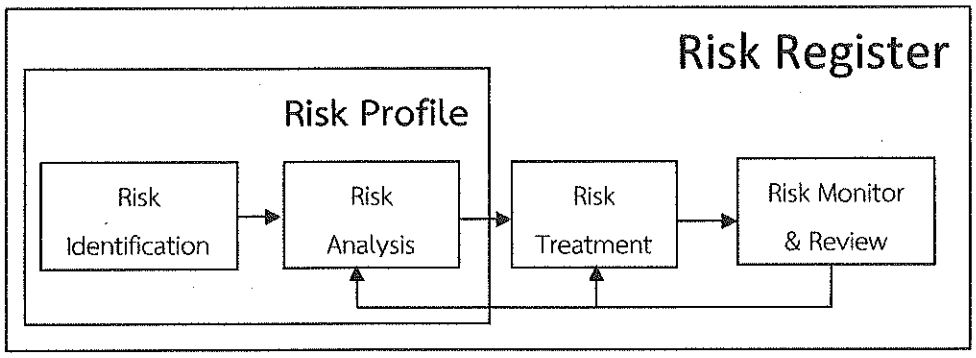
(๓) การระบุความเสี่ยง

(๔) การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง

(๕) การจัดการรับมือกับความเสี่ยง

(๖) การติดตามและทบทวนมาตรการป้องกันความเสี่ยง

Risk Register เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือการบริหารความเสี่ยงทุกขั้น ทำให้เป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัตมีการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง



Risk Profile เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสี่ยง วิเคราะห์สิ่งคุกคามที่องค์กรเผชิญอาจนำเสนอในรูป risk matrix หรือ risk rating table

Risk assessment เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย ๓ ขั้นตอน คือ

๑. Risk identification ค้นหา รับรู้และพรรณาความเสี่ยงที่อาจมีผลขัดขวางการบรรลุวัตถุประสงค์

๒. Risk analysis ทำความเข้าใจธรรมชาติ แหล่งที่มาและสาเหตุของความเสี่ยง ประมาณค่าระดับความเสี่ยง ศึกษาผลกระทบของความเสี่ยง ตรวจสอบการควบคุมที่ใช้อยู่

๓. Risk evaluation เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงกับ risk criteria เพื่อตัดสินใจว่าเป็นระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้หรือไม่

- Risk criteria เป็น TOR ที่ใช้ประเมินความเสี่ยงว่ายอมรับได้หรือไม่

การระบุความเสี่ยง (Risk Identification)

เป็นกระบวนการในการ

- ค้นหา รับรู้ และพรรณนาความเสี่ยงที่สามารถมีผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร
- ระบุแหล่งของความเสี่ยงที่เป็นไปได้
- ระบุสาเหตุที่เป็นไปได้ และผลที่อาจเกิดขึ้น

สามารถใช้วิธีการต่อไปนี้

- ข้อมูลในอดีต (อุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น)
- การวิเคราะห์เชิงทฤษฎี (การทำ FMEA หรือการวิเคราะห์กระบวนการ)
- ความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis)

เป็นกระบวนการในการ

- ทำความเข้าใจธรรมชาติ แหล่งที่มา และสาเหตุ
- ประมาณการระดับความเสี่ยง (risk level)
- ศึกษาผลกระทบที่ตามมา
- ตรวจสอบมาตรการควบคุมที่ใช้อยู่

ตัวอย่างแหล่งที่มาของความเสี่ยง (Risk Source) ความสัมพันธ์และข้อผูกพันทางการค้า, ความคาดหวังด้านกฎหมายและภาระรับผิดชอบ, สถานการณ์และการผลิกผันทางเศรษฐกิจ, นวัตกรรมทางเทคโนโลยี, แนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง, ภัยธรรมชาติ, human frailties and tendencies, management shortcomings and excesses, health intervention, technology, ผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินความเสี่ยง

๑. ระดับโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง (Likelihood)

๒. ระดับความรุนแรงของผลกระทบ (Impact or Consequence)

๓. ระดับของความเสี่ยง (Degree of Risk) ซึ่งมีค่าเท่ากับ likelihood x impact (or likelihood + impact)

ระดับความเสี่ยง (Risk Level)

Extreme High Risk: ความเสี่ยงสูงมากต้องจัดการทันที

High Risk: ความเสี่ยงสูง ผู้บริหารระดับสูงต้องมาดูแล

Moderate Risk: ความเสี่ยงปานกลาง ต้องแจ้งผู้บริหารที่รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยง

Low Risk: ความเสี่ยงต่ำ จัดการตามขั้นตอน

การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis)

แนวทางปฏิบัติ :

- วิเคราะห์โอกาสที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นอุบัติการณ์ (Likelihood)
- วิเคราะห์ผลกระทบหรือความรุนแรงของอุบัติการณ์หากเกิดขึ้น
- ประมาณการโดยให้คะแนน ๑-๕ (๑=ต่ำสุด,๓=ปานกลาง,๕=สูงสุด) บวกหรือคูณคะแนนทั้งสองเข้าด้วยกันเป็น Risk Level
- พิจารณาลำดับความสามารถของ Risk ทั้งหมด

โอกาสเกิด (Likelihood)

ทบทวนความเสี่ยงทั้งหมดในประสบการณ์ของทุกคน

- อะไรคือความเสี่ยงที่มีโอกาสพบบ่อยที่สุด และควรอยู่ในกลุ่มความถี่สูงสุดเดียวกัน (๕)
- อะไรคือความเสี่ยงที่ยากที่จะพบ และควรอยู่ในกลุ่มความถี่ต่ำสุดเดียวกัน (๑) แต่ละกลุ่ม
- ระบุโอกาสที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นอุบัติการณ์ ว่าอยู่ในระดับใด (๒-๔)
- สรุปแนวคิดในการจัดระดับโอกาสเกิดดังกล่าว

ความรุนแรง (Consequence)

๑. Negligible:	มีอันตราย/บาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องการการปฐมพยาบาล, หรือวิ่งที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
๒. Minor:	มีอันตราย/บาดเจ็บเล็กน้อย สามารถแก้ไขได้โดยง่ายอาจทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น
๓. Moderate:	มีอันตราย/บาดเจ็บปานกลาง ต้องการการรักษาพยาบาลหรือทำหัตถการ, อาจมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายเล็กน้อยหรือชั่วคราว
๔. Major:	มีอันตราย/บาดเจ็บรุนแรง อาจทำให้สูญเสียอวัยวะหรือการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างถาวร
๕. Catastrophic:	อันตรายถึงชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร

การรับมือกับความเสี่ยง (Risk Treatment)

เป็นกระบวนการในการลดความรุนแรงของความเสี่ยง (risk modification process) ประกอบด้วยการเลือกทางเลือกหรือการนำทางเลือกไปปฏิบัติ

แผนรับมือความเสี่ยง (Risk Treatment Plan)

Risk Treatment Plan

- Risk prevention: กำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม
- Risk monitoring: ติดตามตัวชี้วัดหรือข้อมูลเพื่อตรวจจับโอกาสเกิดอุบัติการณ์ หรือรับทราบสถิติการเกิดอุบัติการณ์
- Risk mitigation: การทุเลาความเสี่ยงหายเมื่อเกิดอุบัติการณ์

Quality Improvement Plan: หาคำตอบที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในการป้องกันอุบัติการณ์

Risk Treatment Plan

๑. Prevention: มาตรการป้องกันที่ควรมีได้แก่อะไรบ้าง

๒. Monitor: การ monitor เพื่อรับรู้ความเสี่ยงเรื่องนี้มีอะไรบ้าง

- อัตราการเกิดอุบัติการณ์ขึ้น
- Process indicator (Leading indicator)

๓. Mitigation: ถ้าเกิดอุบัติการณ์ขึ้น

- อะไรคือผลที่จะเกิดขึ้นตามมาที่สำคัญ (consequence)
- จะป้องกันหรือลดอันตราย/ความเสียหายดังกล่าวได้อย่างไร (mitigation, secondary prevention, recovery measure)

๔. Improvement: มีประเด็นอะไรที่อยากจะทดลองมาตรการป้องกันเพิ่มเติม (QI plan)

การติดตามและทบทวนความเสี่ยง (Risk Monitoring & Review)

การติดตามความเสี่ยง (Risk Monitoring)

- คือการกำกับดูแล ตรวจสอบและสังเกตุอย่างต่อเนื่องในสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น เพื่อประเมินว่าบรรลุสิ่งที่ คาดหวังไว้หรือไม่

การทบทวนความเสี่ยง (Risk Review)

- คือการพิจารณาว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเหมาะสม เพียงพอ และได้ผลในการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่

Risk Owner

คือบุคคลหรือคณะบุคคลที่ได้รับ authority เพื่อจัดการกับความเสี่ยงใดความเสี่ยงหนึ่ง และออกหน้ารับผิดชอบ (accountable)มนการรับทำหน้าที่ดังกล่าว

บทบาทสำคัญคือการติดตามและทบทวนตามกำหนดรอบเวลาในประเด็นต่อไปนี้

(๑) มาตรการรับมือกับความเสี่ยงที่กำหนดไว้นั้นได้รับการปฏิบัติเพียงใด มีอุปสรรคในการนำไปปฏิบัติอย่างไร

(๒) ผลลัพธ์ของการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงเป็นอย่างไรระดับแนวโน้มของอุบัติการณ์เป็นอย่างไร

(๓) ควรมีการปรับปรุงมาตรการรับมือกับความเสี่ยงอะไรบ้าง หรือมีการทดลองเพื่อหา

(๔) คำตอบใหม่ ๆ อะไร

Risk Register & Management

เป็นเครื่องมือที่ต่อยอดจาก Risk Profile ที่โรงพยาบาลมีอยู่แล้ว มามุ่งเน้นการจัดการในภาพรวม ทำให้เห็นภาพรวมของความเสี่ยงทั้งโรงพยาบาล

การเริ่มต้นใช้ Risk Register ไม่ควรกลัวจำนวนที่มาก ควรนำความเสี่ยงทั้งหมดมาวิเคราะห์และจัดการตามระดับความสำคัญตามแนวทางต่อไปนี้

(๑) รวบรวมรายการความเสี่ยงจากทุกแหล่งที่มี เช่น Risk Profile, PSG: SIMPLE, รายงานอุบัติการณ์, การทบทวนเวชระเบียน, MM conference, ฯลฯ

(๒) วิเคราะห์ระดับโอกาสเกิดและผลที่จะตามมาของทุกความเสี่ยงเหมือนกับที่เราทำใน Risk Profile

(๓) คำนวณระดับความเสี่ยงด้วยการเอาโอกาสเกิดกับผลที่จะตามมา มาบวกหรือคูณกัน

(๔) แบ่งรายการความเสี่ยงเป็นสามกลุ่ม กลุ่มที่สำคัญสูง กลุ่มที่สำคัญปานกลาง และกลุ่มทั่วไป

(๕) กลุ่มความเสี่ยงทั่วไป ซึ่งอาจจะโอกาสพบน้อย ความรุนแรงน้อย ให้ไปตรวจสอบว่ามีมาตรการป้องกันอยู่ในคู่มือแล้วหรือไม่ ถ้ามีก็หาวิธีสื่อสารและทำให้มั่นใจว่ามีการรับรู้และปฏิบัติ (กลุ่มนี้น่าจะมีมากที่สุด)

(๖) กลุ่มที่สำคัญสูง ร่วมกันกำหนด/ทบทวนแนวทางป้องกัน และการเตรียมพร้อมตอบสนองเมื่อเกิดเหตุ มอบหมายผู้ทำหน้าที่ risk owner มีหน้าที่ทบทวนการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันระดับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และพิจารณาว่าควรเพิ่มมาตรการป้องกันอย่างไร ทบทวนอย่างน้อยทุก ๓ เดือน จำนวนความเสี่ยงในรายการนี้ พิจารณาจากจำนวนความเสี่ยงที่สบำคัญสูง ร่วมกับจำนวนคนที่จะมาทำหน้าที่ risk owner

(๗) กลุ่มที่สำคัญปานกลาง มอบให้คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงนั้นๆ ทบทวนมาตรการป้องกัน และทำหน้าที่ risk owner ทบทวนเหมือนข้อ (๖) ความถี่อาจจะห่างกว่าความเสี่ยงที่สำคัญสูง

Risk Register & Management

๑. ด้านแนวทางดังกล่าวเรารับมือกับความเสี่ยงได้ทุกรายการ

๒. ในการวางแผนรับมือกับความเสี่ยง ให้แบ่งมาตรการเป็นสามกลุ่มง่ายๆ

(๑) มาตรการป้องกัน (preventive measures)

(๒) การเตรียมพร้อมลดความรุนแรงเมื่อเกิดเหตุ (mitigation plan)

(๓) การค้นหาคำตอบใหม่ๆ แนวคิดใหม่ เพื่อการป้องกันที่ดีผล (improvement plan)

Risk Management

๑. บทบาทของหน่วยงานต่างๆ ในการจัดการความเสี่ยงยังคงเหมือนเดิม

๒. แต่จะมีกลไกมาเชื่อมประสานให้มีการปฏิบัติที่สอดคล้องกันทั้งองค์กร เชื่อมโยงข้อมูลให้เห็นภาพรวมของความเสี่ยงทั้งองค์กร

๓. หน่วยงานยังคงทำ RCA ตามข้อบ่งชี้ แล้ว risk owner ประมวลผลการทำ RCA ของหลายๆ กรณี หลายๆ หน่วยเข้ามาเพื่อปรับปรุงมาตรการป้องกันในภาพรวม

การวิเคราะห์สาเหตุราก (Root Cause Analysis : RCA)

RCA เป็นวิธีการหนึ่งในหลายวิธีที่องค์กรใช้เพื่อการเรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้น เพื่อพัฒนาการปฏิบัติให้ดีขึ้น

วิธีการเรียนรู้จากความผิดพลาด

๑. เชิงรับ - การวิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหา (Root cause analysis, RCA) เพื่อการพัฒนาปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้อง

๒. เชิงรุก - การวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบระบบ (Failure mode and effect analysis, FMEA)

Failure Modes & Effects Analysis (FMEA)

Root Cause Analysis	Failure Modes & Effects Analysis
วิเคราะห์โดยไม่ต้องใช้ข้อมูลสถิติ	
เป้าหมายคือการลดความเสี่ยงหรือความเสียหายแกผู้ป่วย	
มีการค้นหาภาวะที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย	
เป็นกิจกรรมซึ่งทำงานร่วมกันเป็นทีม	
เชิงรับ	เชิงรุก
มุ่งเน้นที่เหตุการณ์	มุ่งเน้นที่กระบวนการทั้งหมด
มีอคติซ่อนอยู่	ไม่มีอคติ
มีความหวาดกลัว การต่อต้าน	มีความเปิดเผย
ถาม “ทำไม”	ถาม “จะเป็นอย่างไรถ้า”

ความผิดพลาดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

๑. Near Miss, Close Call

๒. Adverse events (AEs)

๓. Sentinel events

๔. Intentional unsafe acts

RCA คืออะไร

RCA หรือ Root cause analysis หมายถึง กิจกรรมทบทวนที่เน้นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เป็นสาเหตุพื้นฐานของความแปรปรวนในการปฏิบัติงานภายหลังการเกิดเหตุผิดพลั้งที่รุนแรงเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบ/กระบวนการ อันจะนำไปสู่การลดโอกาสของการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ

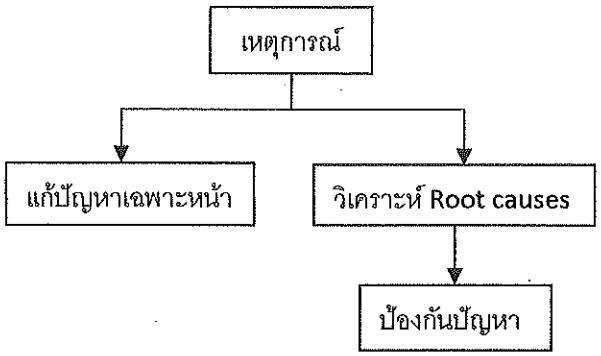
เมื่อใดจึงควรมีการทำ RCA

๑. ทุกครั้งที่เกิดเหตุผิดพลั้งที่รุนแรง หรือ Sentinel event

๒. ทุกครั้งที่เกิดเหตุเกือบพลาด หรือ Near miss (Close call) ที่รุนแรง

แนวคิดพื้นฐานของ RCA

Root Cause Analysis



- การแก้ปัญหาที่ยั่งยืนจะต้องแก้ไขที่ปัจจัยที่เป็นสาเหตุรากของปัญหา
- การทำ RCA อาจทำได้หลายแนวทาง ตั้งแต่แนวทางที่เรียบง่ายไปถึงแนวทางที่ซับซ้อน

การป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

การวิเคราะห์ Root Cause เพื่อการป้องกันที่ได้ผล

- RCA : Root cause analysis > เครื่องมือที่จะช่วยให้การแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพมีความยั่งยืน ไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำขึ้นอีก ด้วยการวิเคราะห์เพื่อให้เข้าไปจัดการกับสาเหตุที่เป็นต้นตอของปัญหาจริงๆ มิใช่แก้ปัญหาแต่ปลายเหตุ

- RCA ควรเป็นเรื่องง่าย และอยู่ในชีวิตประจำวัน

เมื่อไรจะต้องทำ RCA

ข้อพิจารณาเพื่อให้การทำ RCA เรียบง่าย อยู่ในชีวิตประจำวัน คือ

๑. When เมื่อไร จะต้องทำ RCA เมื่อเหตุการณ์...> มีความรุนแรง มีผลกระทบสูง > ควรทำ RCA ทุกรายเป็นรายกรณี > มีความรุนแรงต่ำ ให้ดูแนวโน้ม หากเกิดซ้ำ > ควรทำ RCA ในภาพรวม > หากมองเห็นแนวทางแก้ปัญหาชัดเจน > แก้ไขปัญหา > ไม่ต้องทำ RCA

๒. How จะใช้วิธีการใดในการทำ RCA > ทำได้หลายแนวทาง ตั้งแต่เรียบง่าย > ซับซ้อน มีวิธีการในการทำ RCA อย่างน้อย ๔ วิธีด้วยกัน สามารถใช้ร่วมกันหรือแยกใช้ได้

RCA: ๔ วิธี

๑. Turning Point: เป็นการมองย้อนหลังตามขั้นตอนต่างๆ ของการทำงานก่อนที่จะเกิดปัญหาหรืออุบัติการณ์ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วย จะทำให้เห็นว่าตรงจุดใดที่อาจจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยหากมีการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ให้บริหาร > ใช้การเปลี่ยนแปลงที่ต้องการนี้เป็นจุดที่นำไปสู่จัด ENV, ทำไมต้องตั้งคำถามเพื่อค้นหา root cause ที่อาจนำไปสู่ความขัดแย้ง

<u>การเลือกใช้</u> > สถานการณ์ที่ไม่ซับซ้อน หรือเป็นจุดเริ่มต้นวิเคราะห์สถานการณ์ที่ซับซ้อน

๒. Cognitive Walkthrough: ย้อนรอยอดีตโดยผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเหตุการณ์ ประยุกต์มาจากเครื่องมือ Human Factors Engineering คือเรียนรู้ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของคนเพื่อนำมาสู่การออกแบบระบบที่จะทำให้ข้อจำกัดเหล่านั้นไม่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

การเลือกใช้

> ต้องมีวัฒนธรรมคุณภาพ เปิดใจ ไว้วางใจ

> ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงทำซ้ำในสถานการณ์จำลอง และคิดออกมาดังๆ ว่าคิดอะไร ต้องการอะไร รู้สึกอะไร ติดขัดอะไร

> ทำให้รู้ข้อจำกัดที่ตรงประเด็น เกิดนวตกรรมง่ายกว่าการนั่งอภิปราย

> เชื่อมกับเทคนิค Turning Point คือ การย้อนรอยอดีตตรงจุดหรือขั้นตอนที่เห็นว่ามีโอกาสปรับเปลี่ยนการตัดสินใจหรือการกระทำได้

Human Factors Engineering

การออกแบบที่ไม่ดี เสียงที่ไม่เพียงพอ การรบกวนสมาธิ การสื่อสารที่ไม่เข้าใจ และปัจจัยอื่นๆ อีกเป็นจำนวนมาก ที่ทำให้เกิดความไร้ประสิทธิภาพขึ้นในชีวิตของเรา

"Human Factors" เหล่านี้ ก็เป็นส่วนหนึ่งของการทำงานที่ไม่ถูกต้องอีกจำนวนมากในชีวิตของเราด้วย

ปัญหา Human Factors ส่วนใหญ่มักจะมีผลกระทบในระยะยาวทำให้ไม่ได้รับความสนใจ แต่ก็มีอีกจำนวนหนึ่งที่ก่อให้เกิดผลตามมาอย่างใหญ่หลวง และอาจจะเกิดซ้ำขึ้นอีกได้หากปัจจัยที่เห็นสาเหตุไม่ได้รับการแก้ไข

ดังนั้น Human Factors จึงไม่ใช่สิ่งที่ดีหรือไม่ดี มันเป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งในชีวิตของเรา

๓. Conventional WHY : วิธีดั้งเดิม > แผนภูมิต้นไม้ถาม "ทำไม" ซ้ำหลายๆ ครั้ง จนเห็นคำตอบที่พอใจและนำไปแก้ปัญหาได้

๔. Comprehensive Scan : การใช้หัวข้อที่ครอบคลุมกว้างๆ ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ให้บริการ ระบบงาน สิ่งแวดล้อม องค์กร รอบด้านมาตรวจสอบว่าเหตุการณ์นั้นไปเกี่ยวพันกับปัจจัยในหัวข้อดังกล่าวหรือไม่ เป็นวิธีที่ซับซ้อนที่สุด เป็นตาข่ายที่มีช่องถี่ที่สุด ใช้เวลามากที่สุด > scan ที่ซับซ้อน

สรุป

๑. ไม่ว่าเลือกใช้วิธีใด จุดเริ่มต้น คือการเข้าไปในสถานการณ์และเก็บข้อมูลต่างๆ มาให้ได้มากที่สุด

๒. จุดตัดสินใจเลือกปัจจัยที่เป็น root cause คือ การถามว่าเมื่อนำ root cause ดังกล่าวไปปฏิบัติแล้ว ปัญหาจะลดลงหรือหมดไปหรือไม่ ถ้าเรายังไม่มั่นใจว่าปัญหาจะลดลง ก็แสดงว่านั้นยังไม่ใช่ root cause ที่น่าจะนำไปปฏิบัติ

แนวคิดพื้นฐานของ RCA

๑. สาเหตุของความผิดพลั้งที่รุนแรง มี ๒ ประการ คือ active error และ latent error

๒. Active error ได้แก่ การละเว้นไม่ทำตามข้อตกลง หรือทำในสิ่งที่ไม่ได้เป็นข้อตกลง

๓. Latent error ได้แก่ ความบกพร่องของระบบที่เอื้อให้เกิดความผิดพลั้งขึ้น

๔. การทำ RCA ต้องการวิเคราะห์หา latent errors ที่เป็นสาเหตุของ sentinel event

Root Cause Analysis Steps

๑. รวบรวมข้อเท็จจริง Facts of the case (Who? What? Where? When?)

๒. เลือกทีม

๓. ศึกษาลำดับของเหตุการณ์ Describe the process (es) :

- As designed วางระบบไว้อย่างไร
- As usually performed การปฏิบัติที่กระทำกันเป็นประจำ
- As performed in this case การปฏิบัติที่ทำกันในรายนี้

๔. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง Identify contributing factors

๕. เลือกสาเหตุรากเหง้า

๖. พัฒนาแนวทางแก้ปัญหาและวางแผนติดตาม Develop corrective actions & follow-up plan

จัดตั้งทีมที่ดี

๑. ผู้ที่เกี่ยวข้องใกล้ชิดและมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นเป็นอย่างดี

๒. ผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลง (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย)

๓. ผู้ที่มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง

๔. ผู้ที่มีทักษะในการวิเคราะห์

ศึกษาปัญหา

๑. ข้อมูลที่ทีมควรเก็บรวบรวมซึ่งควรกระทำโดยเร็วเพื่อป้องกันการหลงลืม ได้แก่

- สัมภาษณ์ผู้ใกล้ชิดเหตุการณ์ และผู้เกี่ยวข้อง (Cognitive interview)
- หลักฐานทางกายภาพ
- หลักฐานทางเอกสาร

หาสาเหตุเบื้องต้น (Active failure or Unsafe act)

สิ่งที่ได้กระทำ(actions) หรือไม่กระทำ (omissions) ซึ่งเบี่ยงเบนไปจากเหตุการณ์ประจำ (routine) ที่สามารถเชื่อมโยงว่าเกี่ยวข้องกับการเกิด sentinel event ซึ่งคำตอบที่ได้จะเป็นสาเหตุเบื้องต้น

- ขาดการเฝ้าระวังที่เหมาะสม
- ขาดการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
- วินิจฉัยล่าช้า
- ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

- ประเมินความเสี่ยงผิดพลาด
- เลือกใช้แนวทางการรักษาที่ไม่ถูกต้อง
- ข้อมูลไม่ครบถ้วน
- อุปกรณ์ชำรุด
- สั่งการรักษาผิดพลาด
- ฉีดยาผิดตำแหน่ง

แนวทางการทำ RCA

๑. ใครบ้างควรเข้าร่วมอยู่ในทีม RCA
๒. ควรกำหนดโจทย์ให้มีใจความสั้นแต่สมบูรณ์ว่าอย่างไร
๓. จะมีแนวทางอย่างไรในการหาคำตอบว่าเหตุการณ์จริงๆ เกิดขึ้นอย่างไร (What happened?)
๔. สาเหตุเบื้องต้น มีอะไรบ้าง ถามคำถาม Why
๕. จากสาเหตุเบื้องต้นดังกล่าว อะไร คือ สาเหตุที่อยู่เบื้องหลัง
๖. อะไรคือ Root cause ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ☐ ต่อตนเอง นำความรู้เรื่องระบบบริหารความเสี่ยงมาปรับใช้กับตนเองและหน่วยงาน

๒.๓.๒ ☐ ต่อหน่วยงาน

๑. นำความรู้เรื่องระบบบริหารความเสี่ยงมาพัฒนาการให้บริการของหน่วยงาน
๒. สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาเผยแพร่แก่บุคลากรในหน่วยงาน

๒.๓.๓ ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ ☐การปรับปรุง เนื่องจากหัวข้อที่เข้าอบรมมีเนื้อหาที่ค่อนข้างซับซ้อน ควรได้รับการอบรมหรือทบทวนเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลในหัวข้ออื่นๆที่เกี่ยวข้องร่วมด้วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

๓.๒ ☐ การพัฒนา นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาและถ่ายทอดในหน่วยงาน

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ องค์ความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลมีหลายระดับและหลายแง่มุม บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรได้รับการอบรมความรู้พื้นฐานจนมีความเข้าใจ นำความรู้ไปปรับใช้ในหน่วยงาน และอบรมเพิ่มพูนความรู้ในเนื้อหาที่ลึกมากขึ้นตามลำดับ

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาววิรัชฎา สุดแสง)
นายแพทย์ชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาวพัชรพร บุญลือลักษณ์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

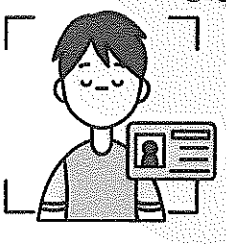
ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา .....
-
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ
(นายคมชิต ชวนัสพร)
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ฝ่ายการแพทย์)
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

Risk Management

Risk profile
เป็นเอกสาร อธิบายชุดของความเสี่ยง สังเคราะห์สิ่งคุกคามในรูป risk matrix

Risk identification
- ระบุความเสี่ยง

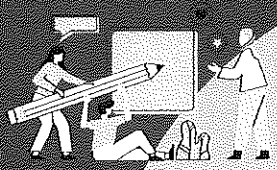


Risk analysis
- สังเคราะห์ความเสี่ยง

Risk register
เครื่องมือบริหารความเสี่ยง ทำให้เป็นกระบวนการที่มีชีวิต

Risk treatment
- Transfer
ถ่ายโอนความเสี่ยงให้คนอื่น
- Prevention
ทำ Guideline ต่างๆมาเป็นแนวปฏิบัติ
- Mitigation
บรรเทาความเสียหาย /การฟื้นสภาพ

Risk Monitoring and review
- ติดตามตัวชี้วัด



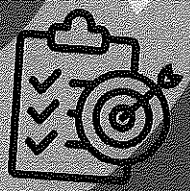
Plan
วางแผนการบริหารความเสี่ยง

Do
กระบวนการบริหารความเสี่ยง

PDCA

Act
ปรับปรุงต่อเนื่อง

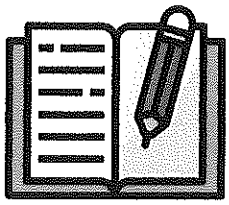
Check
ติดตามตัวชี้วัด



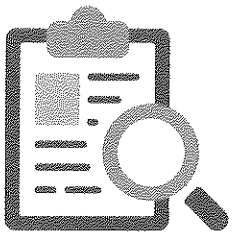
จัดทำโดย
นางสาวพัชรพร บุญลือลักษณ์

INCIDENT MANAGEMENT

กระบวนการจัดการอุบัติการณ์ที่ได้ผล ประกอบด้วย



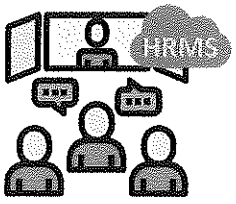
1. การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ ครอบคลุม เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน



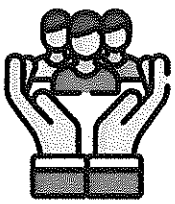
2. การตรวจสอบ สืบค้น วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และตอบสนองต่ออุบัติการณ์

3. การนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุง เพื่อป้องกัน ลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำ หรือบรรเทาความรุนแรงและเสียหาย

4. การสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์



5. การอบรมบุคลากรเรื่องการระบุความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดเหตุการณ์



6. การดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

จัดทำโดย แพทย์หญิงวิรัชฎา สุดแสง นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน