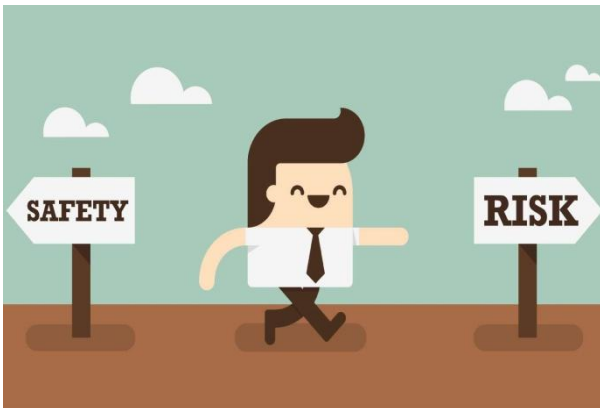




RM ที่งดงาม ก็ด้วยหัวใจของบุคลากร



นายสุรเดช ศรีอังกร
นำเสนอที่โรงพยาบาลสุโขทัย-โกลก จ.นราธิวาส
2 มิถุนายน 2560



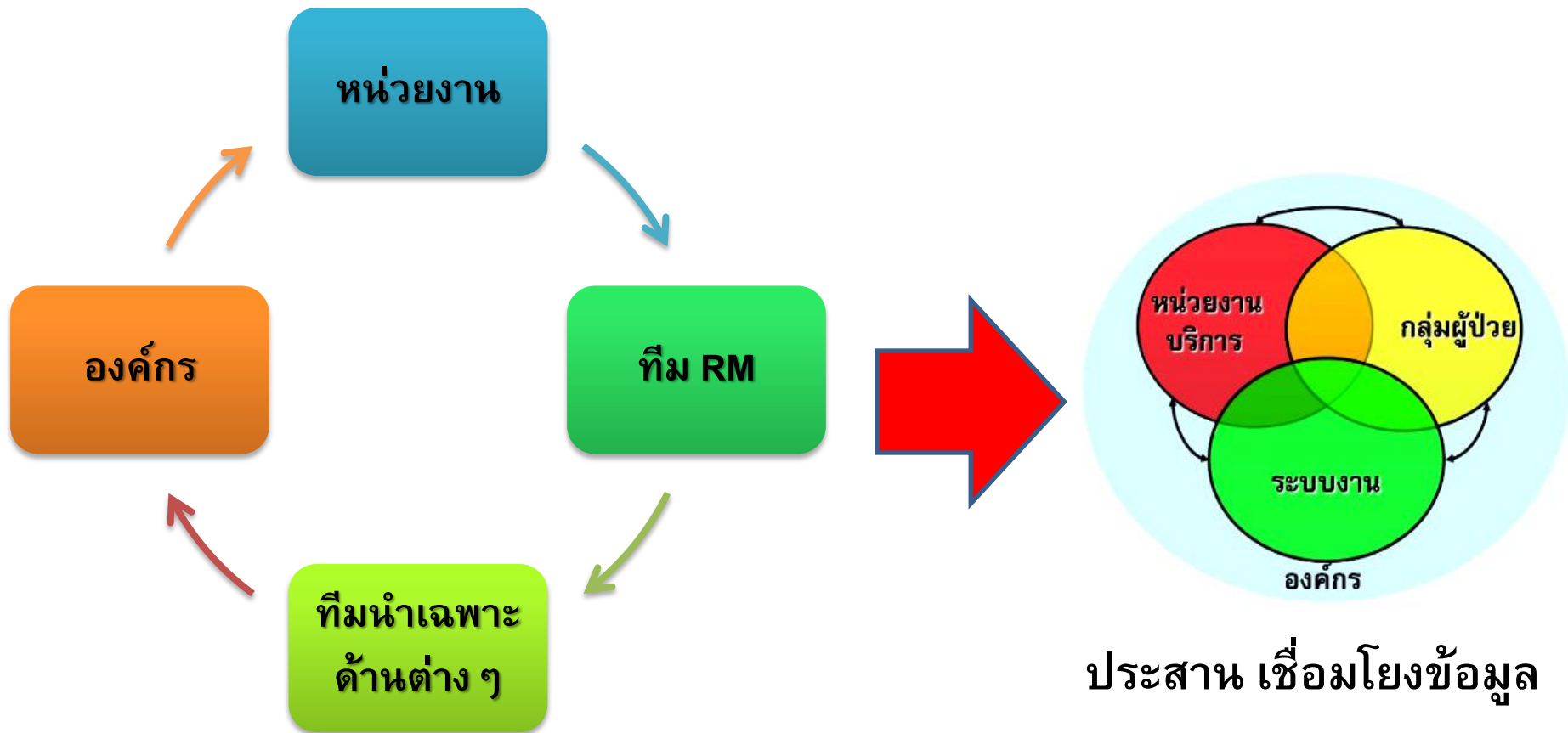
RM : การบริหารจัดการความเสี่ยงทั้งดงาม

- ให้ RM ทำให้องค์กรเกิดการพัฒนาที่ดีขึ้น และต่อเนื่อง
- ให้ RM สร้าง และปกป้องคุณค่าที่องค์กรเป็น และเป้าหมายที่ตั้งไว้
- ให้ RM ช่วยขจัดความไม่แน่นอน หรือโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง เพื่อสร้างความปลอดภัย
- ให้ RM ช่วยให้ผู้บุคลากรเกิดการพัฒนาทั้งความรู้ และทักษะในการทำงาน
- ให้ RM เปิดโอกาสให้ทุกคนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการบริหารจัดการความเสี่ยง

นั่นคือให้ RM สร้างความสุข มากกว่าความทุกข์



เราทุก ๆ คนร่วมด้วยและช่วยกัน





บุคลากรมีส่วนสำคัญอย่างไรในการบริหารจัดการความเสี่ยง

- + เฝ้าระวัง ค้นหา และรายงานความเสี่ยง
- + สามารถจัดการความเสี่ยงขณะเกิดขึ้นเฉพาะหน้าได้
- + มีการทบทวนและกำหนดความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน
- + ช่วยกันแก้ไขและกำหนดมาตรการในการป้องกันใน
หน่วยงาน
- + จัดทำบัญชีความเสี่ยงในหน่วยงานเพื่อใช้ในการเฝ้าระวัง
- + ทบทวนและเฝ้าระวังมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่
หน่วยงานวางไว้ตามบัญชีความเสี่ยงที่เกิดขึ้น



ความเข้าใจในการบริหารจัดการความเสี่ยง

RM เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และงานประจำที่เราทำ

RM เป็นสิ่งที่เราต้องทำความเข้าใจตามบทบาท และหน้าที่ เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกัน

RM เป็นการแสวงหาโอกาสในการพัฒนาจากงานประจำที่เราทำ

RM เป็นเรื่องของระบบ มิใช่ตัวบุคคล ดังนั้นเราจะไม่จับผิด กล่าวโทษกัน

RM เป็นความรับผิดชอบของเราที่ร่วมกันสร้างความปลอดภัย สร้างความสุข
น่าเชื่อถือ และไว้วางใจ



ทำไมบุคลากรต้องให้ความสนใจ RM

RM ทำให้เกิดคุณภาพ และความปลอดภัย

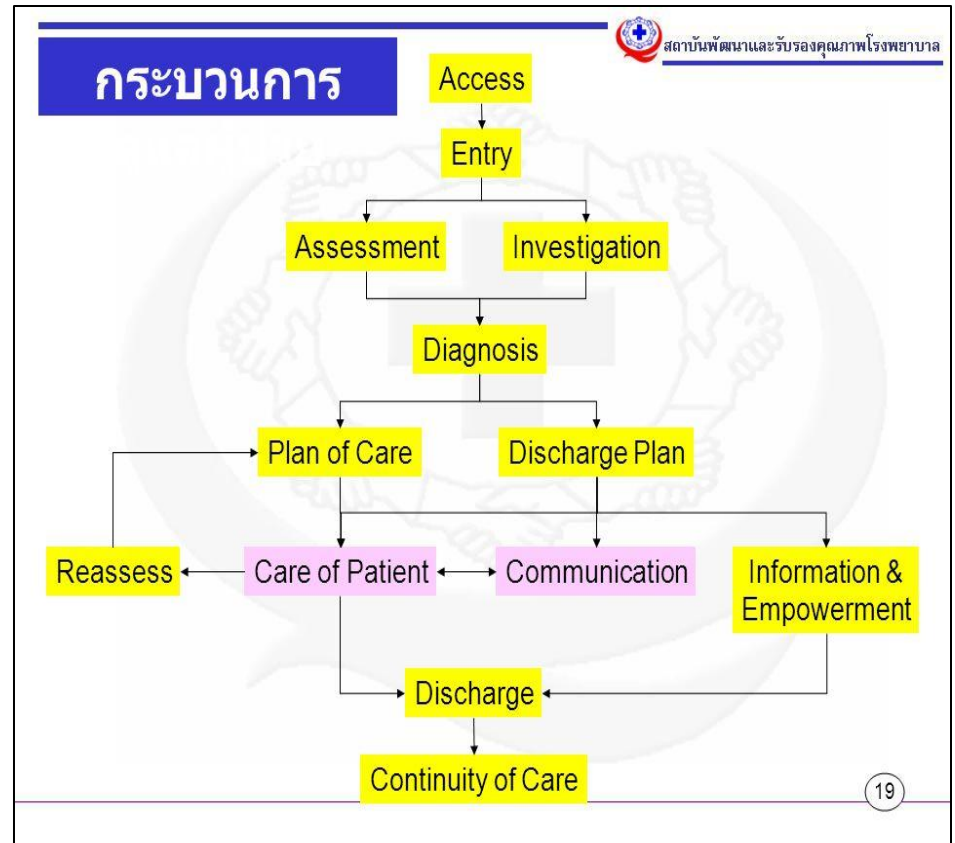
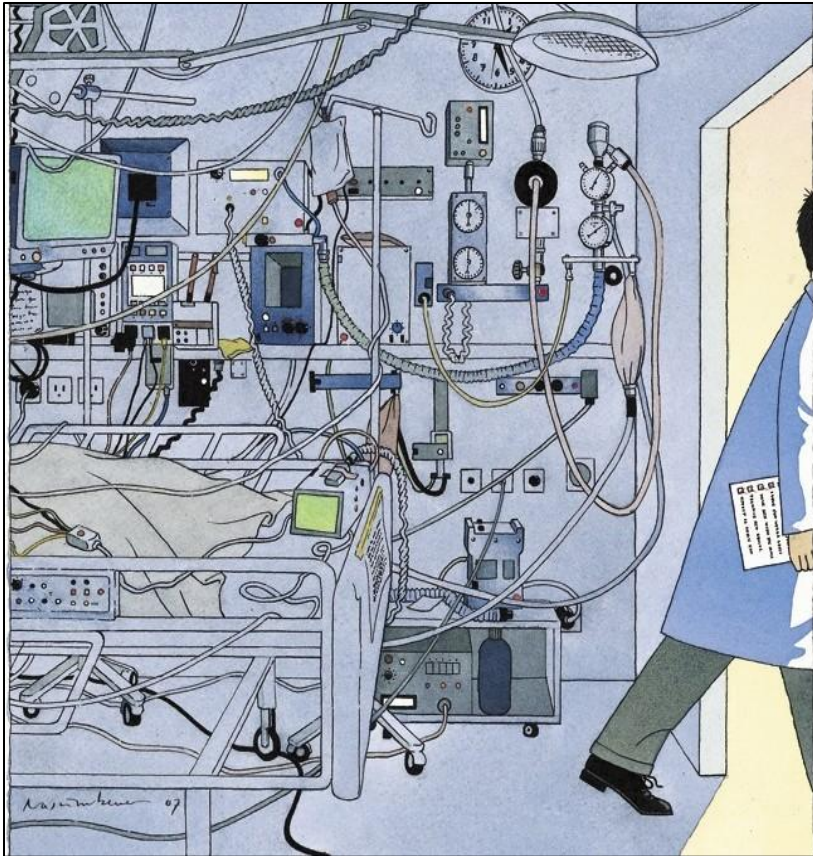
RM ทำให้ตัวเรา งานของเราพัฒนาขึ้น

RM ทำให้เราเกิดความรับผิดชอบร่วมกัน

RM ทำให้ครอบครัวของเราปลอดภัย



● เพราะกระบวนการการดูแลผู้ป่วยของเรามีความซับซ้อน





เพราะความปลอดภัย ความเสี่ยง มาตรฐานคือเรื่องเดียวกัน



ความปลอดภัย

SAFETY



ความเสี่ยง

RISK



มาตรฐาน

STANDARD





แล้วความเสี่ยงคืออะไร..... ???



คือโอกาสที่จะประสบกับอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

เป็นอันตรายหรือการบาดเจ็บต่อร่างกายและจิตใจที่เกิดจาก
เหตุร้าย, ภาวะคุกคาม, ความไม่แน่นอน, ขั้นตอนการปฏิบัติที่มีช่องโหว่
ความไม่พร้อมในด้านต่าง ๆ สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย และอื่น ๆ
ต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ หน่วยงาน องค์กร และชุมชน



ความเสี่ยงมีอยู่ทุกที่ในองค์กร

- อาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อม, เครื่องมือแพทย์
- การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- อาชีวอนามัยและความปลอดภัย
- ระบบยา
- ระบบสารสนเทศ เวชระเบียน
- การพัฒนาบุคลากร, พัสดุ, สารบรรณ, การเงิน, บัญชี, ช่างซ่อมบำรุง
- ขัอร้องเรียน
- กระบวนการการดูแลผู้ป่วย , เวรเปล ยานยนต์
- การกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพ เช่น แพทย์ , พยาบาล
- ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด การนำองค์กร
- ห้องปฏิบัติการชั้นสูง , รังสีวิทยา, กายภาพบำบัด , ทันตกรรม เป็นต้น





ความเสี่ยงมี 2 ลักษณะ

เกิดขึ้นแล้ว

- เชิงรับ
- เกิดขึ้นแล้วจึงหาทางป้องกัน
ไม่ให้เกิดซ้ำ



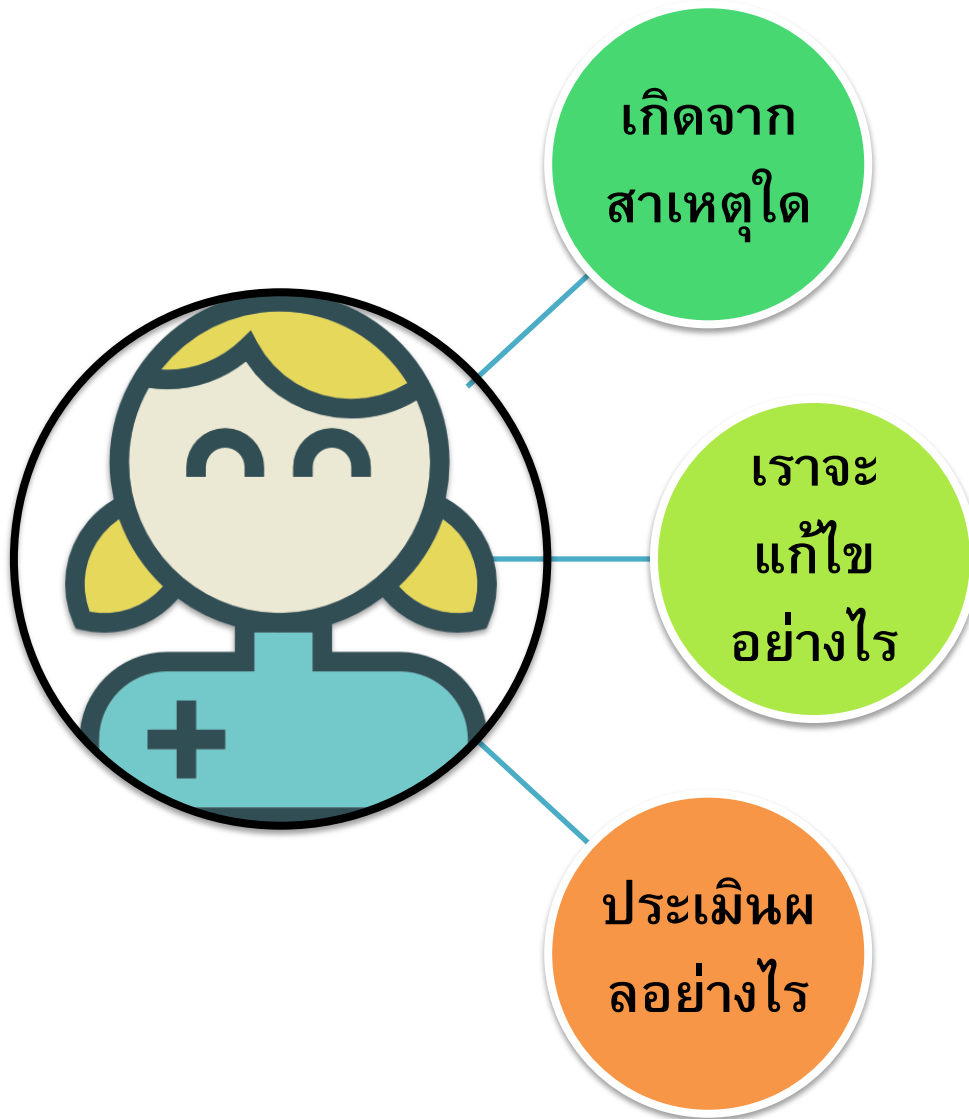
ยังไม่เกิด

- เชิงป้องกัน
- ยังไม่เกิดขึ้น แต่หาทาง
ป้องกัน





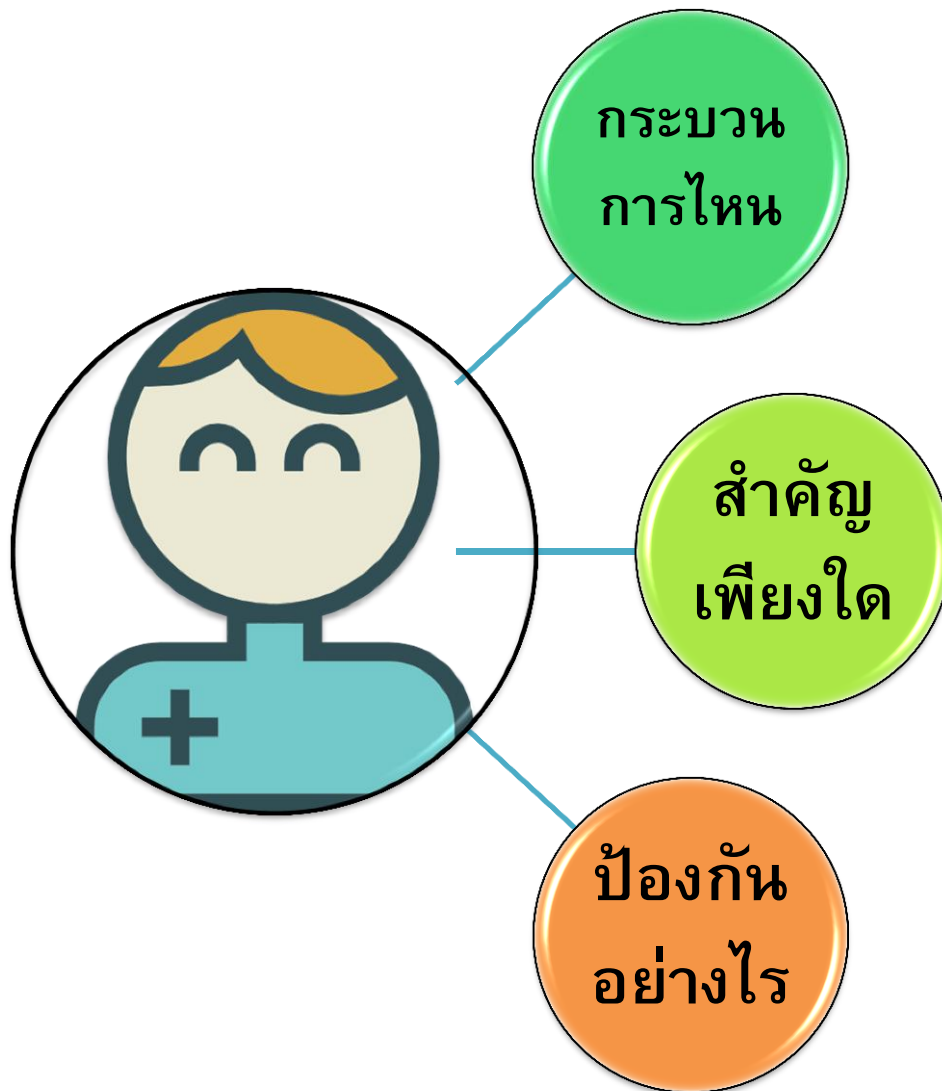
ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว



**Improve
Unsafe**



ความเสี่ยงที่ยังไม่เกิดขึ้น



**Protect
Unsafe**



ชนิดของความเสี่ยง

ความเสี่ยงสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท

ความเสี่ยงทางคลินิก : Clinic

(ความเสี่ยงที่เกิดจากระบบการดูแลผู้ป่วย)

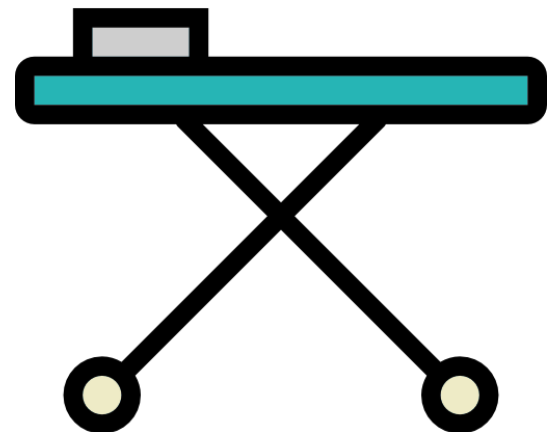
ความเสี่ยงทางกายภาพ : Non clinic

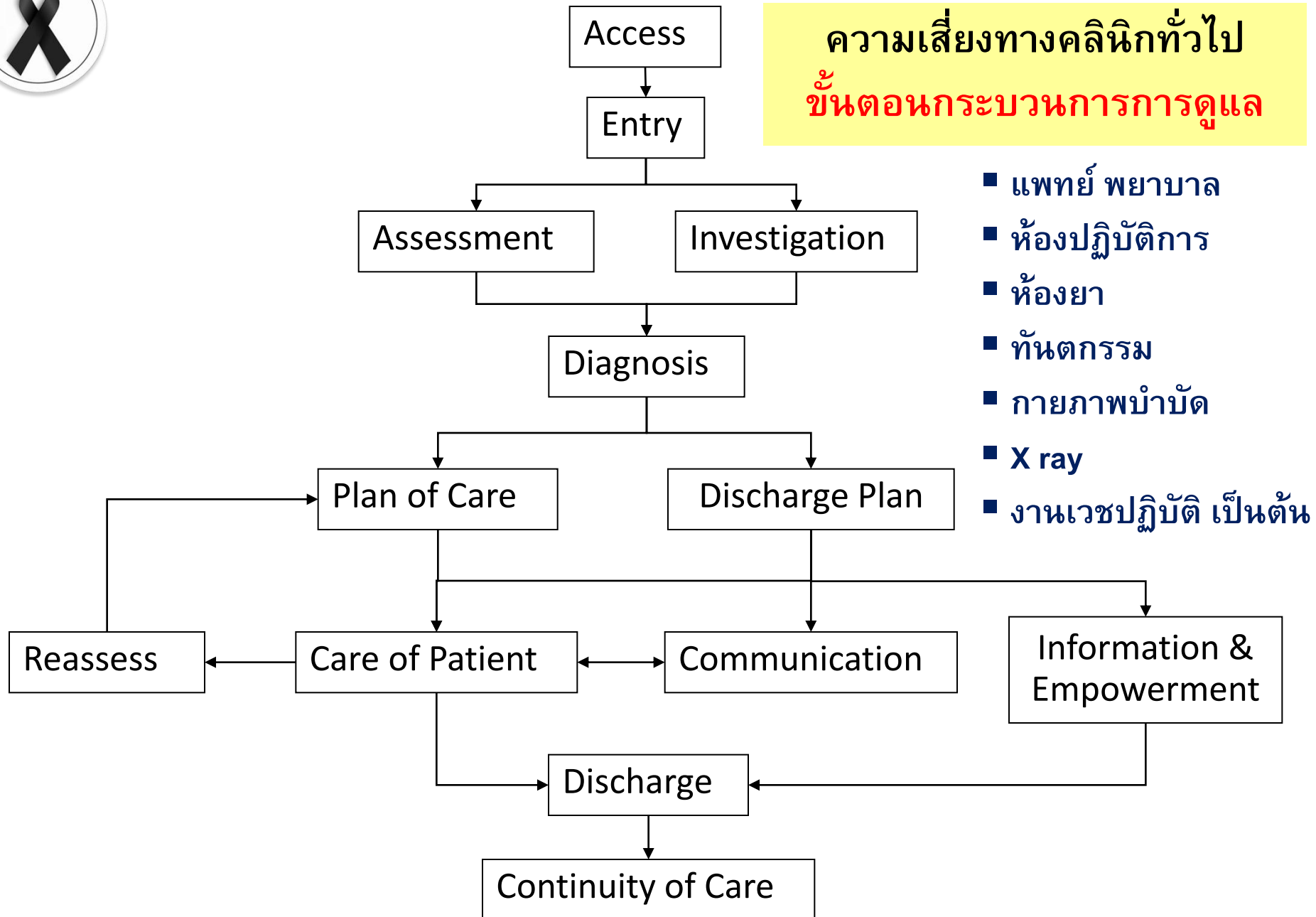
(ความเสี่ยงที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เครื่องมือ Back office ข้อ
ร้องเรียน, อาชีวอนามัยและความปลอดภัย , ยุทธศาสตร์ ,
สารสนเทศ)



ความเสี่ยงทางคลินิก

- ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical risk) คือความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการการดูแลผู้ป่วย ขั้นตอนการดูแล
- ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical risk)







ตัวอย่างความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป

- เกิดการผิดพลาดในขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย (ไม่มีกลุ่มโรคที่จำเป็น/ไม่ปฏิบัติ/ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์ หรือประเด็น)
- การระบุเกี่ยวกับผู้ป่วยผิดพลาด (SIMPLE)
- ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เราป้องกันได้
- ทำหัตถการที่มีความเสี่ยงในสถานการณ์หรือสถานที่ที่ไม่เหมาะสม
- เกิดความผิดพลาดในขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย (ไม่ได้ประเมิน/ประเมินผิด/ไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ หรือเป้าหมาย)
- ผู้ป่วยตกเตียง/ผู้ป่วยแพ้เลือด ส่วนประกอบของเลือด การให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน/การแพ้ยาซ้ำ และอื่น ๆ (SIMPLE)



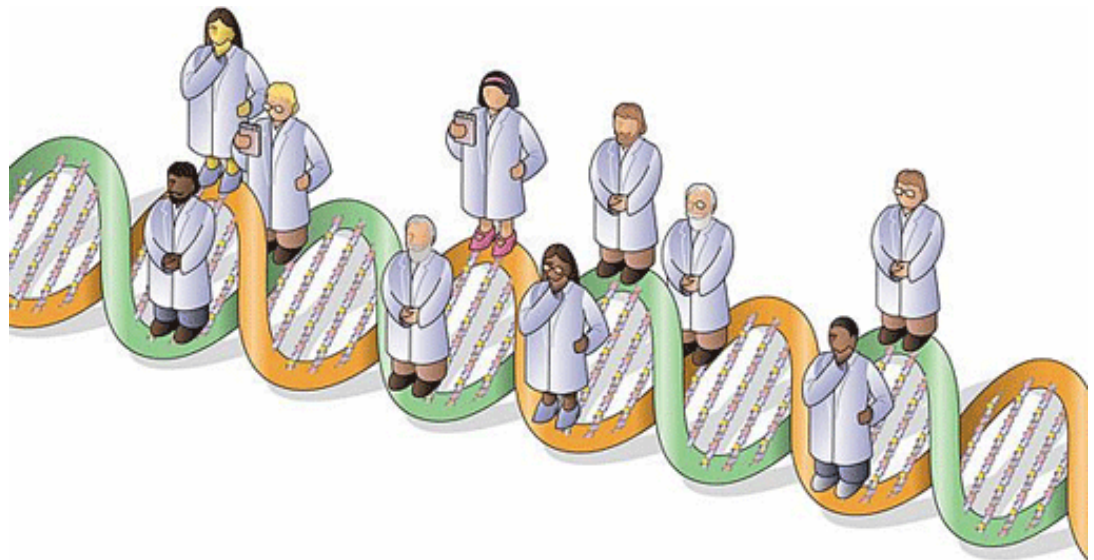
ตัวอย่างความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (ต่อ)

- ความเสี่ยงของห้องปฏิบัติการชั้นสูตร เช่น รายงานผลผิด เก็บส่งตรวจไม่เหมาะสม การรายงานผลล่าช้า
- ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับระบบยา เช่น การสั่งยาผิด จัดยาผิด ให้นยาผิด การแพ้ยาซ้ำ เกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ของยา HAD
- ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น HAI , CAUTI , VAP เป็นต้น
- ความเสี่ยงของงานรังสี เช่น การถ่ายภาพซ้ำ การถ่ายภาพรังสีผิดคน การลืมติด OSL
- ความเสี่ยงทางกายภาพบำบัด / ทางทันตกรรม เป็นต้น



Specific clinical Risk

- เป็นความเสี่ยงเฉพาะตามกลุ่มโรค หรือหัตถการที่สำคัญในองค์กร เช่น CPR ,การเจาะปอด , การใส่ Tube เป็นต้น





ตัวอย่าง Specific clinical Risk

โรค/สภาวะ/หัตถการ	Specific Clinical Risk
Diabetic foot	Limb loss
Liver biopsy	เกิด Internal bleeding
Tuberculosis	Relapse / Re infection
Myocardial infarction	Shock /CHF
Pre-eclampsia	Eclampsia
เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Vacuum delivery	Tear, PPH, Injury fetus
DHF	เกิด Shock/ Bleeding/ Pleural effusion
Dengue fever	Shock/Bleeding
High fever	Convulsion
Pneumonia	Sepsis, Emphysema



ความเสี่ยงทางกายภาพ

- โครงสร้างกายภาพ/สิ่งแวดล้อม
- ความปลอดภัยในชีวิต/ทรัพย์สิน
- เครื่องมือ/อุปกรณ์
- อาชีวอนามัย/ความปลอดภัย
- สิทธิผู้ป่วย/จริยธรรม
- กลุ่มงานบริหาร (ทรัพยากรบุคคล, พัสดุ, ยายยนต์, การเงิน การคลัง, บัญชี, งานสารบรรณ เป็นต้น)
- เทคโนโลยี สารสนเทศ/เวชระเบียน
- ข้อร้องเรียนต่าง ๆ





ตัวอย่างความเสี่ยงทางกายภาพ

- ระบบน้ำอุปโภค บริโภค (ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้)
- ระบบแสงสว่าง/ ไฟฟ้าไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้ (ดับ/ช้อต/กระพริบ)
- ห้องน้ำไม่พร้อมใช้ (ชำรุด/กดชักโครกไม่ลง/ส้วมเต็ม/ไม่พอใช้
- เกิดปัญหาระบบแก๊สทางการแพทย์/สุญญากาศ/แรงดันอากาศ/ระบบไอน้ำ
- เกิดปัญหาด้านการจัดการขยะ (จัดเก็บผิดประเภท/ผิดถัง/ผิดวิธี/หรือขนส่งไม่ถูกวิธี/ไม่ปลอดภัย
- เกิดข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ ผู้ป่วย
- บุคลากรได้รับอันตรายจาก (แสง/เสียง/เครื่องมือ อุปกรณ์/ความร้อน/สารเคมี/ตกจากที่สูง/ลื่นหกล้ม/ฝุ่นผง/ควัน/การขนส่งอุปกรณ์/ทำยีน/ทำหนัง/สภาพอากาศในพื้นที่ปฏิบัติงาน)

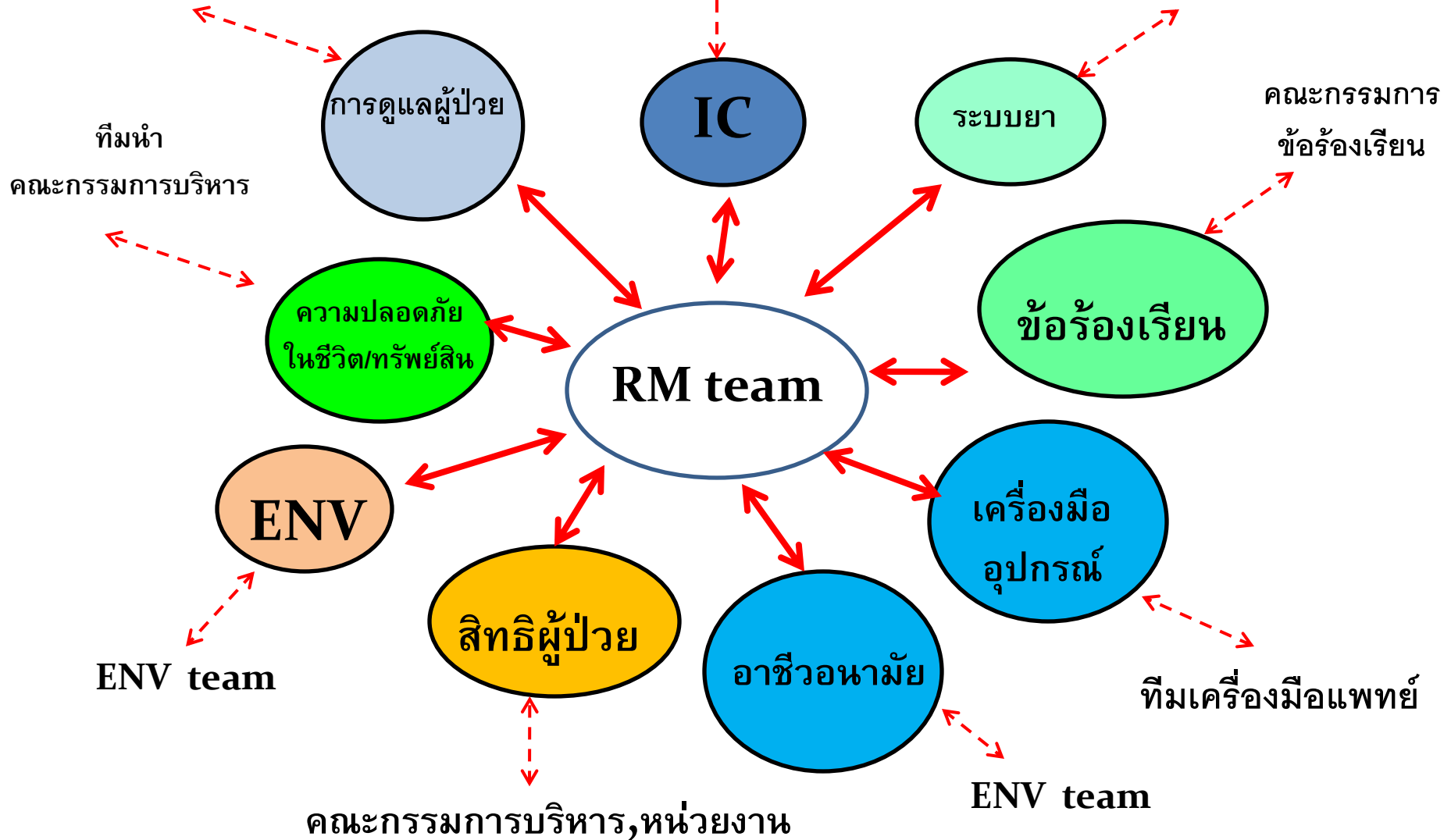


เพื่อการเชื่อมโยง ประสานข้อมูลความเสี่ยง

PCT team ,หน่วยงาน

IC team

PTC





เพื่อกำหนดประเด็นสำคัญสู่การพัฒนาให้ดีขึ้น

ภาพรวมความเสี่ยง ประเด็น ความรุนแรงในองค์กรทั้งหมด	นำไปกำหนดแผนยุทธศาสตร์ แผนพัฒนาขององค์กร
ภาพรวมโรคแต่ละโรค (Specific Clinical Risk , Care Process)	พัฒนา Clinical population , Clinical tracer Highlight ให้ดีขึ้น
ภาพรวมในแต่ละ Care process	พัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วย
ภาพรวมในแต่ละหน่วยงาน ช่วงเวลา	พัฒนาหน่วยงานของตนให้ดีขึ้น
ภาพรวมในระบบงานสำคัญที่ควร ประสาน เชื่อมโยง	พัฒนาระบบงานสำคัญให้ดีขึ้น เช่น IC , ระบบยา , ENV เป็นต้น



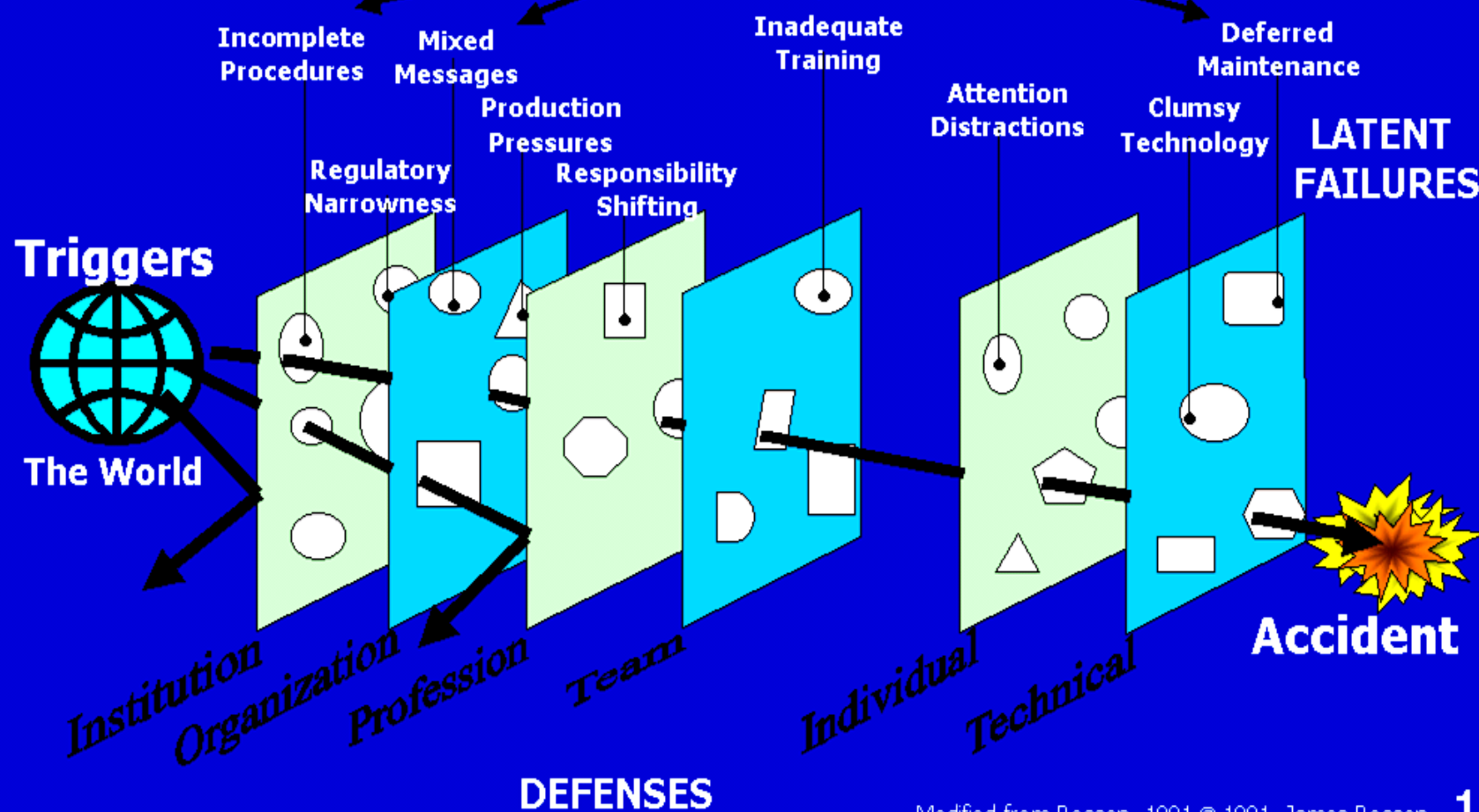
ความเสี่ยงเกิดจากอะไร

ระบบ
ตัวบุคคล



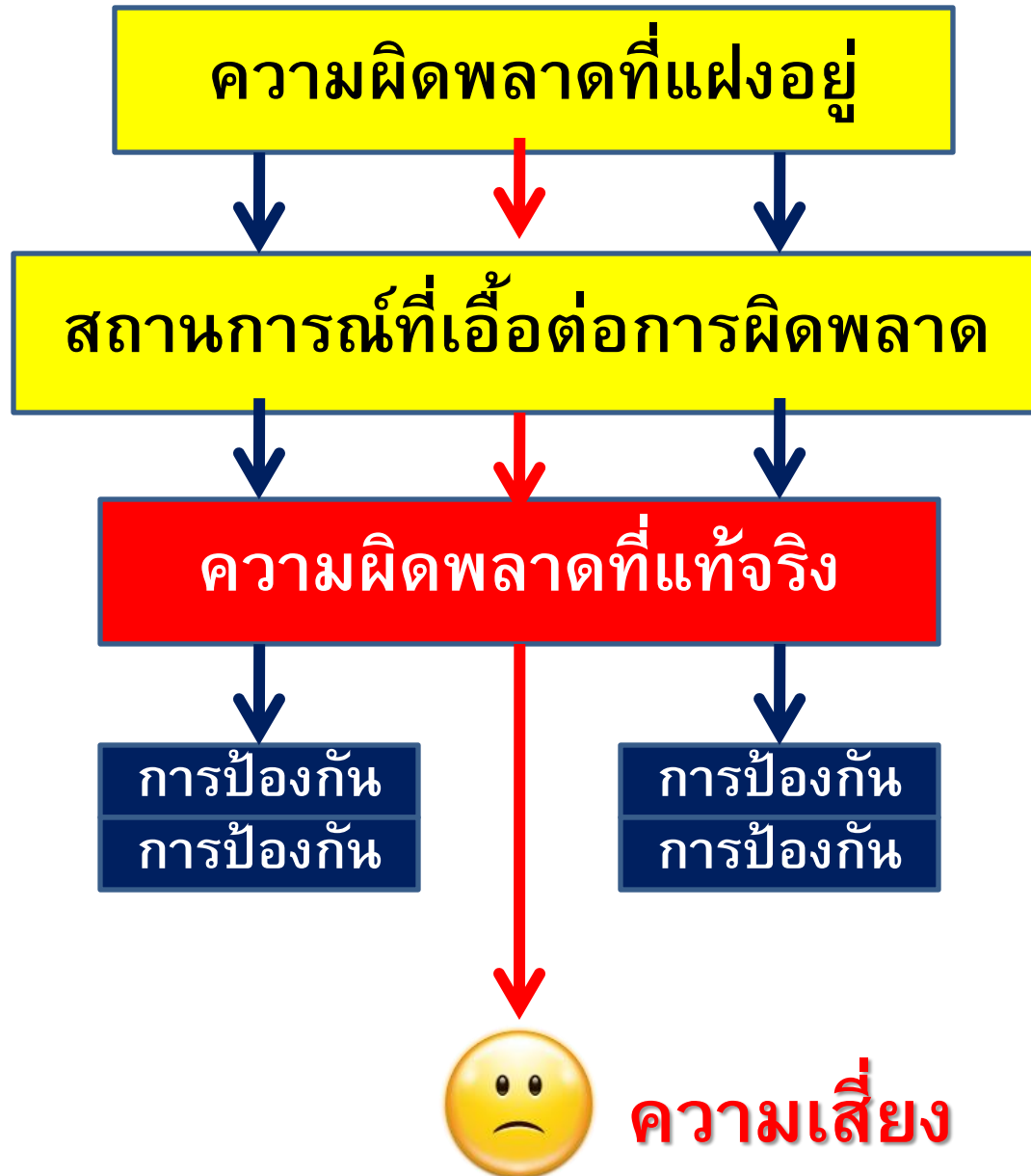
Swiss Cheese Model

Goal Conflicts
and Double Binds





ความเสี่ยงเกิดจากอะไร





สิ่งที่ทำให้เกิดความเสี่ยง

- 1. ความผิดพลาดที่แท้จริง :** คือความเสี่ยงที่เกิดจากผู้ปฏิบัติงานที่ให้บริการกับผู้ป่วย เช่น ความพลั้งเผลอ ความผิดพลาดที่ไม่ตั้งใจ เป็นต้น
- 2. ความผิดพลาดที่แฝงอยู่ :** คือความเสี่ยงที่เกิดจากกระบวนการหรือระบบที่เราได้วางไว้นั้นมีจุดอ่อน เช่น นโยบายที่ถ่ายทอดลงมา, วิธีการปฏิบัติงานที่วางไว้มีจุดอ่อน, การสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ, การวางแผนการดูแลที่ไม่รัดกุม, ระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น



สิ่งที่ทำให้เกิดความเสี่ยง (ต่อ)

3. สถานการณ์ที่เอื้อต่อการผิดพลาด

- **ไม่ได้ทำในสิ่งที่กำหนดไว้** : คือความเสี่ยงที่เกิดจากผู้ให้บริการปฏิบัติต่อผู้รับบริการ เช่น การปฏิบัติงานที่ไม่ระมัดระวัง , ทำในสิ่งที่ไม่ได้กำหนดไว้ในการปฏิบัติงาน, มีการเปลี่ยนขั้นตอนใหม่ แต่ยังไม่ได้จัดทำเป็นเอกสาร , ผู้ปฏิบัติงานทำจนเคยชิน
- **ช่วงเวลาที่เกิดขึ้น** : ความเสี่ยงที่มีเวลามาเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดขึ้น เช่น การขึ้นเวร, ช่วงเวลาที่วิกฤติต่าง ๆ



สิ่งที่ทำให้เกิดความเสี่ยง (ต่อ)

- ผลลัพธ์ของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น : **คือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นตามระดับความรุนแรงต่าง ๆ** เช่น มีโอกาสที่จะเกิด หรือเกิดแล้วส่งผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้ป่วย
- การทำให้โอกาสที่จะเกิดความเสียหายลดลงหรือเพิ่มขึ้น เช่น การปรับปรุงกระบวนการการทำงาน / การไม่ปรับปรุง
- ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ตัวผู้ป่วย , ภาระงาน, สภาพแวดล้อมในการทำงาน , เครื่องมือที่ใช้ในการทำงาน, การอบรม การฝึกสอน เป็นต้น



แนวคิดที่สำคัญในการบริหารจัดการความเสี่ยง

- แนวคิดเน้นการปรับปรุง **เปลี่ยนแปลงที่การทำงาน/ระบบ มากกว่าจะลงโทษที่ตัวบุคคล** เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นเพื่อให้การบริหารจัดการมีความสุข และยั่งยืน
- แนวคิดที่ว่าเมื่อเกิดความเสี่ยงแล้ว **ต้องมองให้เห็นภาพรวม และทำให้เกิดการเชื่อมโยงกันของข้อมูล ความเสี่ยงเพื่อนำไปสู่การพัฒนาทุกระดับ**



การบริหารจัดการความเสี่ยง



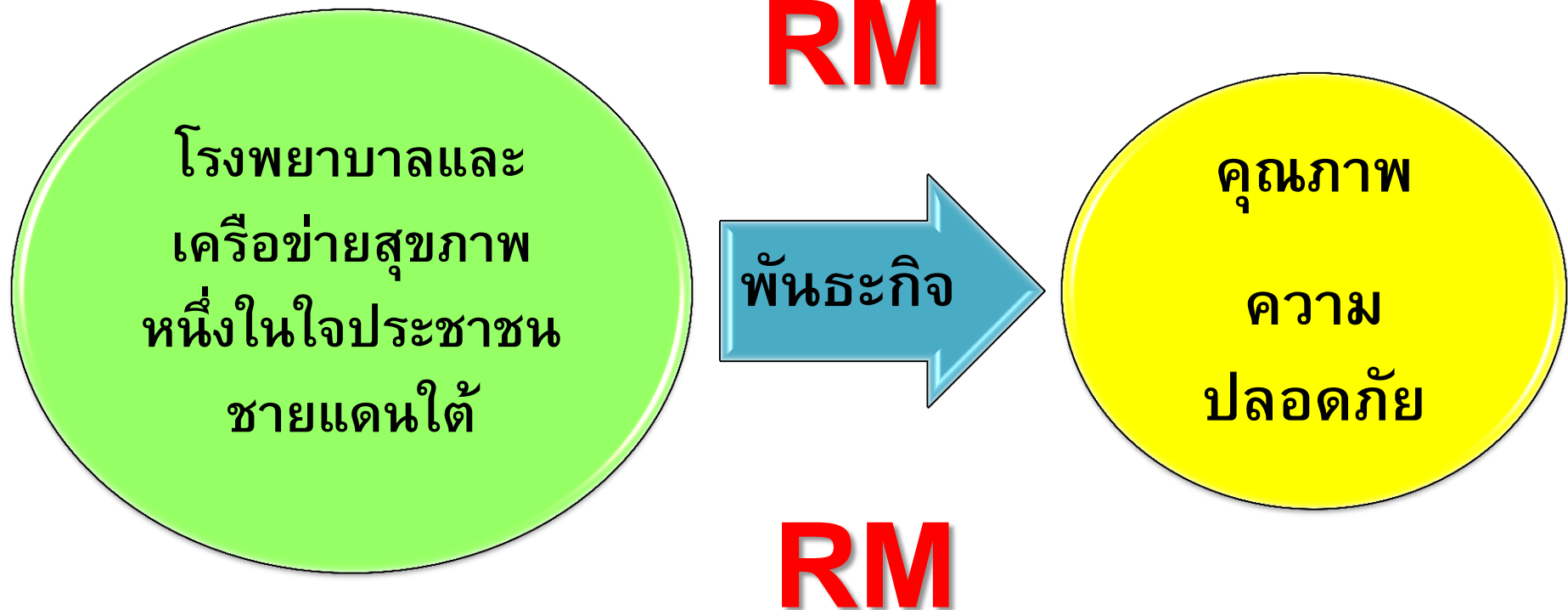


บริบท วัตถุประสงค์ในการบริหารจัดการความเสี่ยง

- วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายในแต่ละปีขององค์กรที่ต้องการพัฒนา
- บัญชีความเสี่ยงในหน่วยงาน
- โปรแกรมความเสี่ยง ชื่อความเสี่ยง
- ความรุนแรง ระดับความรุนแรง
- แนวทางในการรายงาน
- แนวทางการจัดการความเสี่ยง
- แนวทางการประเมินผล และตัวชี้วัด เป็นต้น



เป้าหมายโรงพยาบาลของเรา





Hospital Profile ของเรา

1. ข้อมูลพื้นฐาน

3. ทิศทางขององค์กร

พันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม
แผนกลยุทธ์ วัตถุประสงค์ จุดเน้น/เข้มมุ่ง

4. ผลการดำเนินการ

2. บริบทขององค์กร

ก. สภาพแวดล้อมขององค์กร

- 2.1 ขอบเขตการให้บริการ
- 2.2 ประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
- 2.3 ลักษณะโดยรวมของบุคลากร
- 2.4 อาคารสถานที่ เทคโนโลยี และอุปกรณ์

ข. ความสัมพันธ์ระดับองค์กร

- 2.5 โครงสร้างองค์กร
- 2.6 ผู้ป่วยและผู้รับผลงานสำคัญ
- 2.7 ความสัมพันธ์กับองค์กรภายนอก

ค. ความท้าทายขององค์กร

- 2.8 การแข่งขัน ความเติบโต ความสำเร็จ

2.9 ความท้าทายที่สำคัญ

- 2.10 การพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้

- (1) โรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่
- (2) โรคที่เป็นโอกาสพัฒนา หรือมีข้อจำกัดในการให้บริการ
- (3) เหตุการณ์ที่มีผลต่อการพัฒนา / การเปลี่ยนแปลงนโยบาย
- (4) ปัญหาสำคัญที่โรงพยาบาลกำลังพยายามแก้ไข
- (5) ความท้าทายเชิงกลยุทธ์อื่นๆ ขององค์กร



Patient Safety Goals : SIMPLE ที่องค์กรวางไว้

Safe Surgery

SSI Prevention
Safe Anesthesia
Correct Procedure at Correct Site
Surgical Safety Checklist

Infection Control

Hand Hygiene
Prevention of CAUTI, VAP, Central line infection

Medication & Blood Safety

Safe from ADE, conc e'lyte, High-Alert Drug
Safe from medication error, LASA
Medication Reconciliation
Blood Safety

Patient Care Process

Patient Identification
Communication (SBAR, handovers, critical test results, verbal order, abbreviation)
Proper Diagnosis
Preventing common complications (Pressure Ulcers, Falls)

Line, Tubing, Cathether

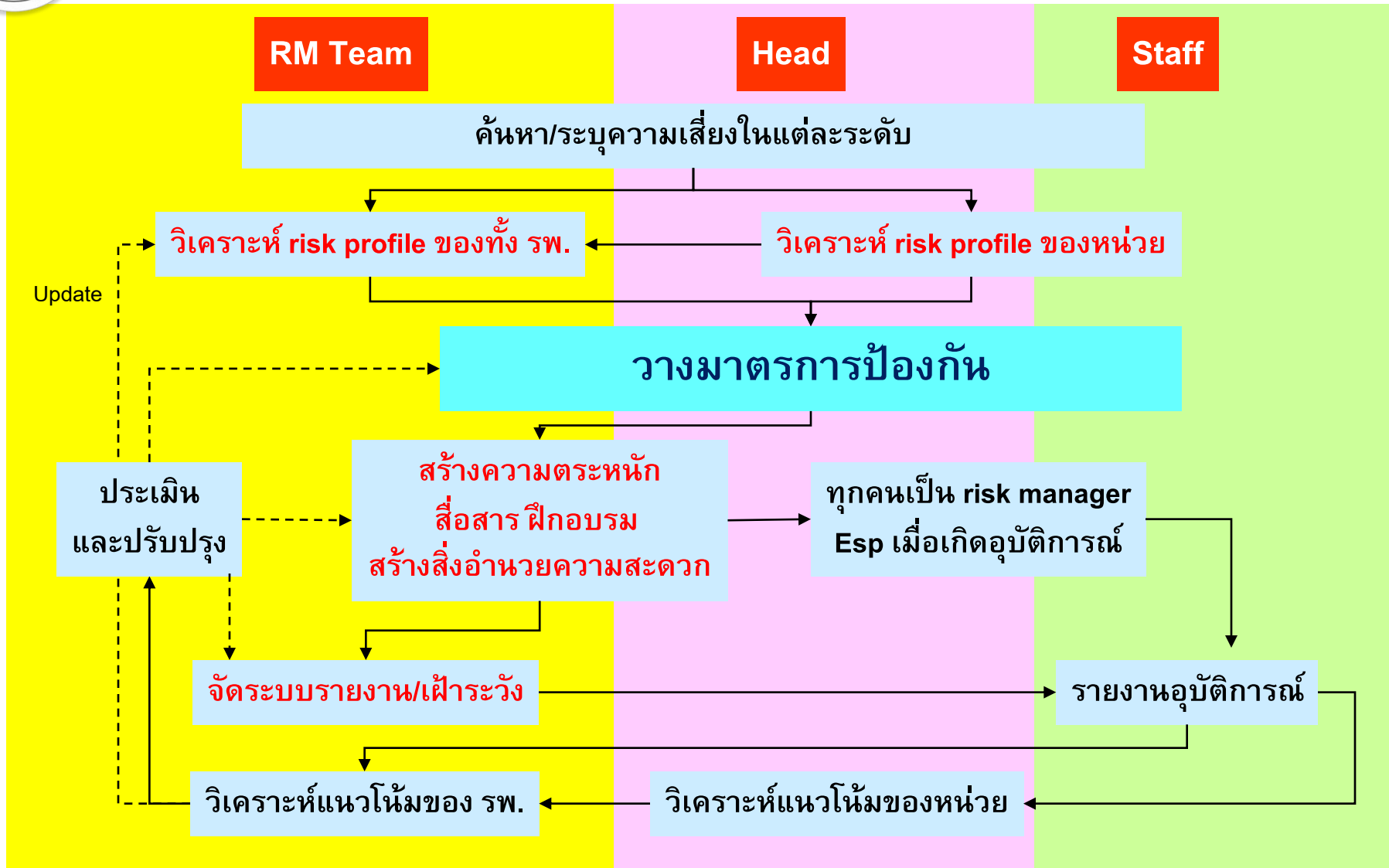
Mis-connection

Emergency Response

Sepsis
Acute Coronary Syndrome
Maternal & Neonatal Morbidity
Response to the Deteriorating Patient / RRT



บัญชีความเสี่ยงของเราสู่การเฝ้าระวัง





การเฝ้าระวัง/การค้นหา/การรายงาน



การเฝ้าระวังความเสี่ยง

การเฝ้าระวังความเสี่ยง

- บัญชีความเสี่ยงที่กำหนดไว้ในหน่วยงาน
- SIMPLE ที่องค์กรตั้งไว้
- กระบวนการขั้นตอนการดูแล CPG ,Guideline ,Work Instruction , Standard Precaution ต่าง ๆที่เราวางไว้ , การเตรียมความพร้อมต่าง ๆ ,การซ้อมแผนต่าง ๆ เช่น อัคคีภัย อุบัติภัยหมู่ เป็นต้น
- 12 กิจกรรมทบทวน
- การวิเคราะห์เพื่อค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการการทำงาน และนำมากำหนดมาตรการในการป้องกัน เป็นต้น





การค้นหาความเสี่ยงด้วย 12 กิจกรรมทบทวน

- การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย/ข้างเตียงผู้ป่วย : C3THER
- การทบทวนความคิดเห็น/ข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ
- การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา
- การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า
- การค้นหา/ป้องกันความเสี่ยง
- การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ
- การทบทวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- การทบทวนการใช้ยา
- การทบทวนเวชระเบียน
- การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ
- การทบทวนการใช้ทรัพยากร
- การทบทวนตัวชี้วัด

การทบทวน 12 กิจกรรมนั้น
จำนวนหัวข้อที่ใช้ในการทบทวน
จะแตกต่างกัน ในกลุ่มที่ต้องดูแล
ผู้ป่วยเช่นกลุ่มการพยาบาลต้อง
ทบทวนทั้ง 12 กิจกรรม
แต่ในส่วนฝ่ายสนับสนุน เช่น
Lab ,X – ray หรือฝ่ายบริหาร
อาจทบทวนในกิจกรรมที่เป็น
ตัวสีแดง เท่านั้น เป็นต้น



Care Process

Environment, Equipment

Record

Human resource

Team

Continuity

Communication





การทบทวนเวชระเบียน

- เลือกเวชระเบียนที่มีโอกาสพบปัญหามาทบทวนคุณภาพการดูแลเมื่อเกิดความเสี่ยงเกิดขึ้นให้กำหนดมาตรการแก้ไข ป้องกัน ให้เป็นเชิงระบบ ในรอบคิด เป้าหมาย กระบวนการ และผลลัพธ์ และนำไปสู่การพัฒนาการบันทึก และความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
- ใช้ trigger เพื่อคัดเลือกเวชระเบียนมาทบทวนเพื่อหาเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ เพื่อให้ครอบคลุมมากขึ้น
- ทบทวนเวชระเบียนโดยกำหนดกลุ่มโรคที่ต้องการศึกษา อาจ เชื่อมโยงไปสู่ การทำ Clinical tracer , Clinical tracer Highlight , R2R , CQI เป็นต้น



ดังนั้นจากข้อมูลเหล่านี้จึงนำมาสู่การทบทวน

เราทบทวนเพื่ออะไร

- ทบทวนเพื่อหาโอกาสในการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อให้เกิดความปลอดภัย และนำไปสู่ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น
- ทบทวนเพื่อหาโอกาสในการพัฒนาและปรับปรุงในการบันทึกเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงวิธีการบันทึกให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และการบันทึกมีความสมบูรณ์ ตลอดจนใช้ในการสื่อสารระหว่างวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นไปตามมาตรฐาน และปลอดภัย และเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน



การควบคุมภายใน

แบบป้องกัน Preventive

ป้องกันไม่ให้ความผิดพลาด
หรือความไม่ถูกต้อง ความ
ไม่เหมาะสมทั้งหลายเกิดขึ้น

- การแบ่งแยกหน้าที่ชัดเจน
- การอนุมัติ
- การกำหนดมาตรการต่าง ๆ
- การซ่อมแผนปฏิบัติการ
- การจัดให้มีเวรยามตรวจตรา
ความปลอดภัย

แบบค้นพบ Detective

ต้องการค้นหาข้อผิดพลาด
หลังจากที่ความผิด ได้เกิด
ขึ้นแล้ว

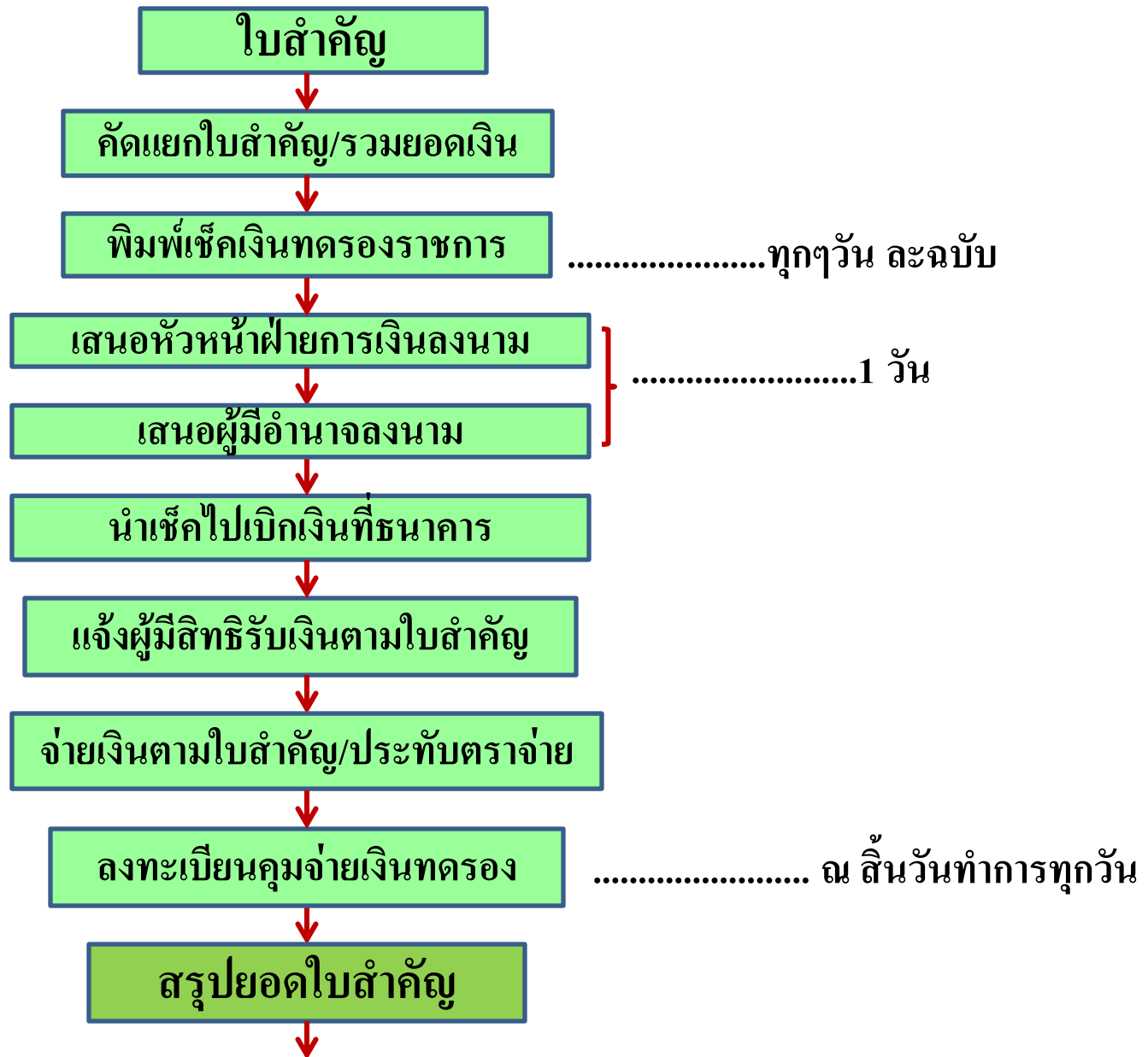
- การตรวจนับ
- การจัดทำงบประมาณ
ยอดบัญชีเงินฝาก
ธนาคาร
- การตรวจสอบ

แบบส่งเสริม และพัฒนา

- จัดทำโครงการ
ส่งเสริมคนดี
- การสร้างแรงจูงใจ
- ส่งเสริมเรื่องคุณ
ธรรมจริยธรรมเพื่อ
สร้างจิตสำนึกที่ดี



ขั้นตอนการเบิก-จ่ายทดรองราชการ





ขั้นตอนการเบิก-จ่ายทรงราชการ (ต่อ)

.....ณ สิ้นวันทำการทุกวัน

เจ้าหน้าที่ได้รับแต่งตั้งตรวจสอบทะเบียนคุมเงินทรงกับเงินสดคงเหลือ

จุดควบคุม

- ตรวจสอบหลักฐานการ จ่ายเงิน
- ตรวจสอบเงินสดให้ถูกต้องตรงกับทะเบียนคุม

1 วัน.....

ส่งใบสำคัญให้งานใบสำคัญเพื่อตั้งเบิกขอใช้เงินทรง

1 วัน.....

เมื่อได้รับอนุมัติ เขียนเช็คขอใช้เงินทรง

➤ จุดควบคุม

- ตรวจสอบยอดเงินขอใช้ให้ถูกต้อง

นำเช็คที่ได้รับเข้าบัญชีเงินทรงและลงทะเบียนคุมเงินทรง

กรณีลูกหนี้เงินยืมเงินทรงต้องออกไปเสร็จรับเงินคืนเงินยืม

กรณีลูกหนี้เงินยืมฯส่งใบสำคัญมียอดเงินมากกว่ายอดเงินยืมให้จ่ายเงินทรงเพิ่มและให้ลูกหนี้ออกหลักฐานการรับเงินเพิ่ม

มีการตรวจสอบการเคลื่อนไหวตามระเบียบกำหนด



การรายงานความเสี่ยง,IR



การรายงานความเสี่ยง

คือการบอกเล่าความเสี่ยงที่เกิดจากกระบวนการการทำงาน

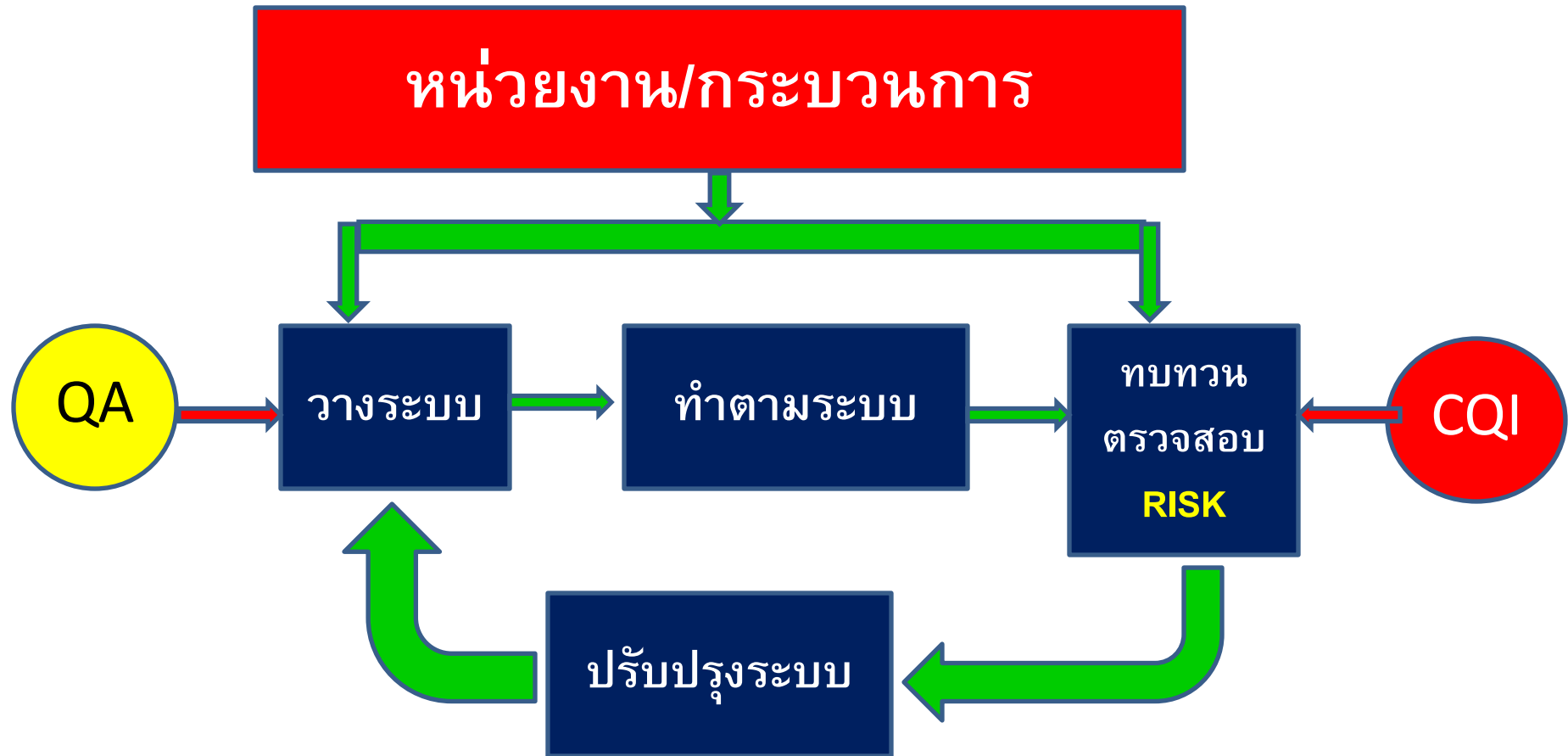
เพื่อนำมาสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันข้อมูล

เพื่อให้เกิดการพัฒนาในเรื่อง

คุณภาพและความปลอดภัย

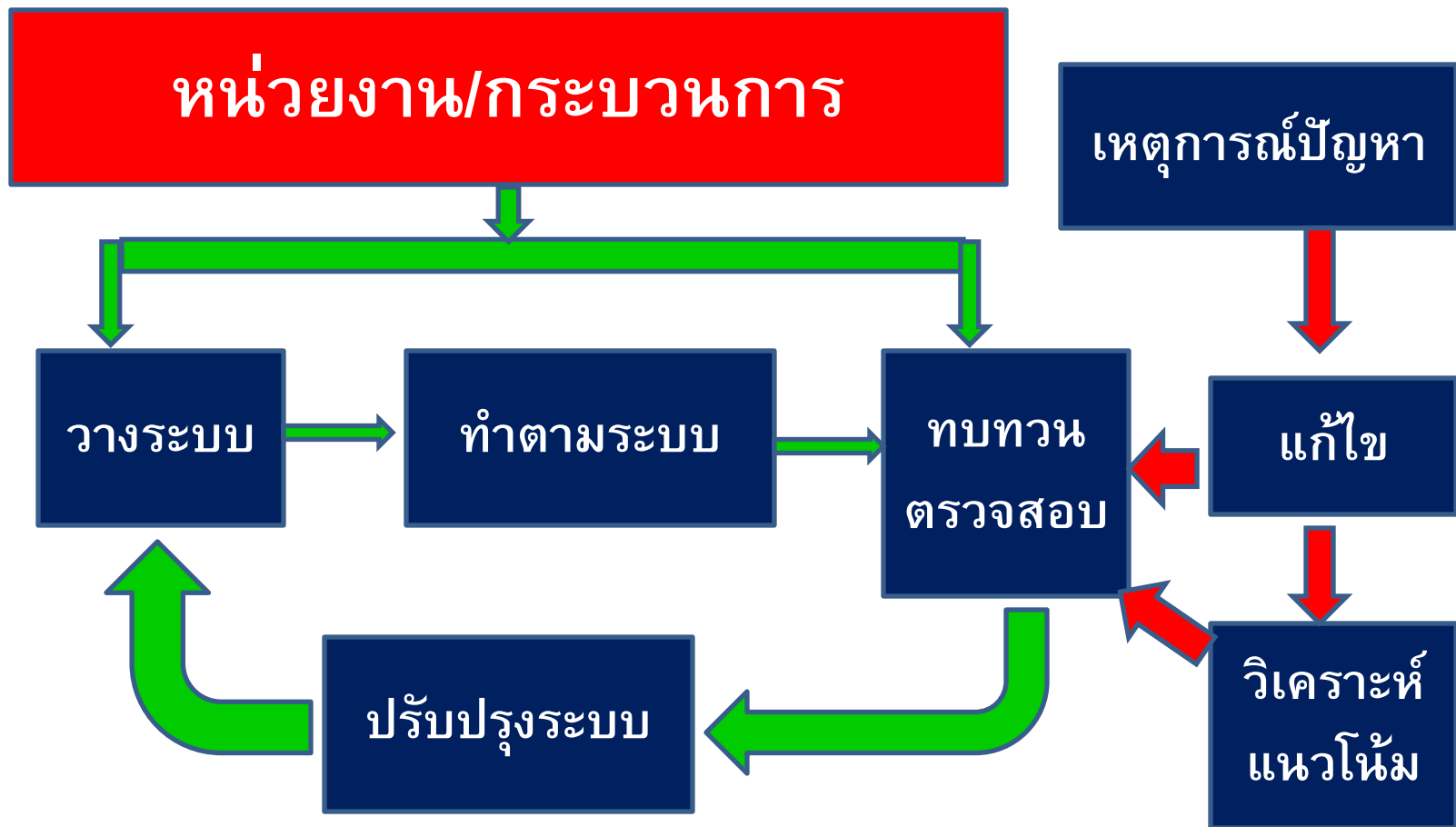


งานประจำ

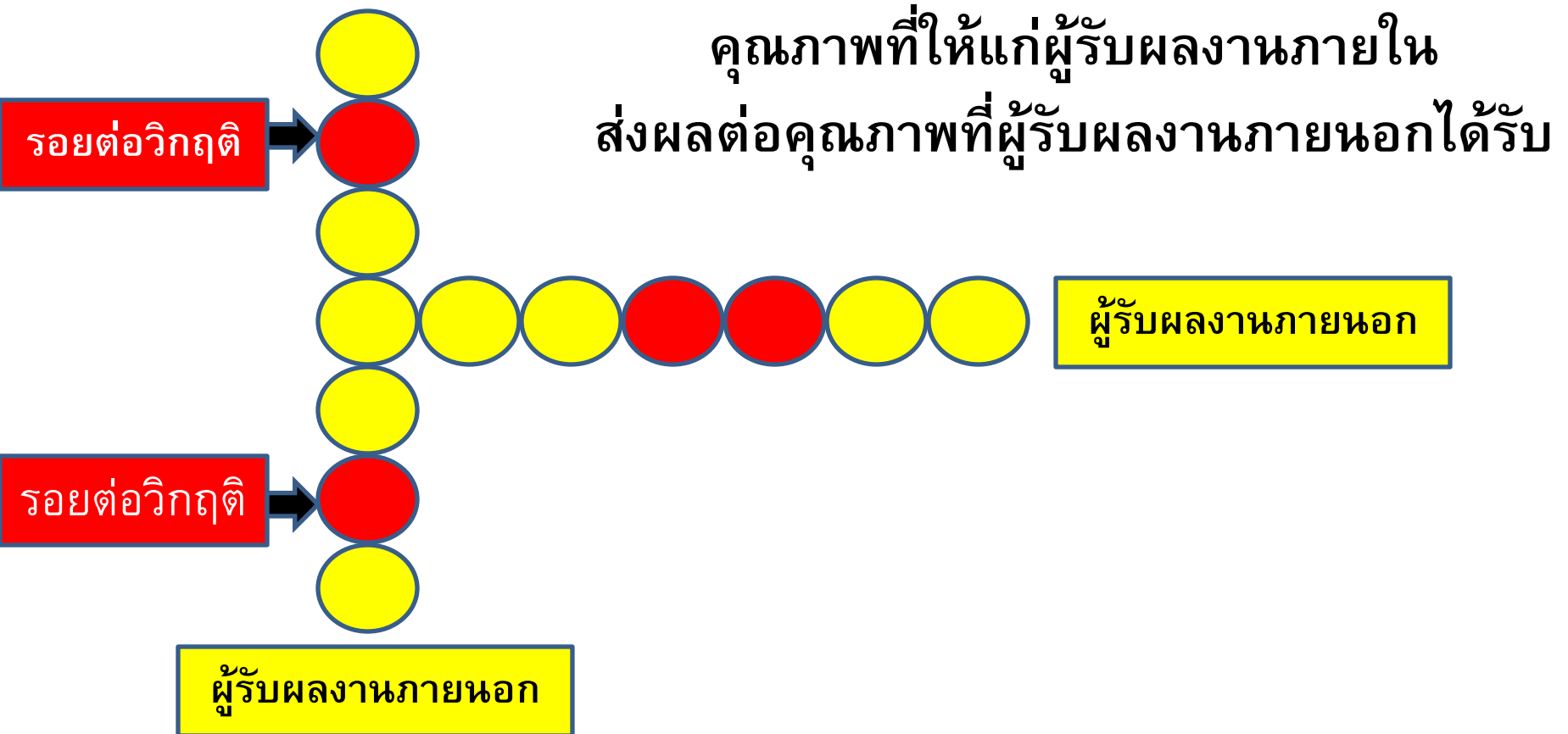
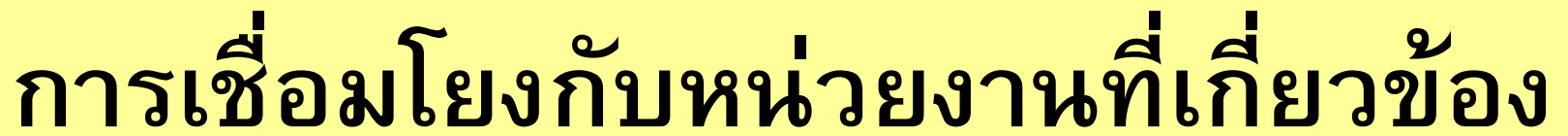




ระบบที่วางไว้



ระบบบริการ,ระบบบริหาร,ระบบมอบหมายงานการเพิ่มพูนความรู้,ระบบบำรุงรักษา



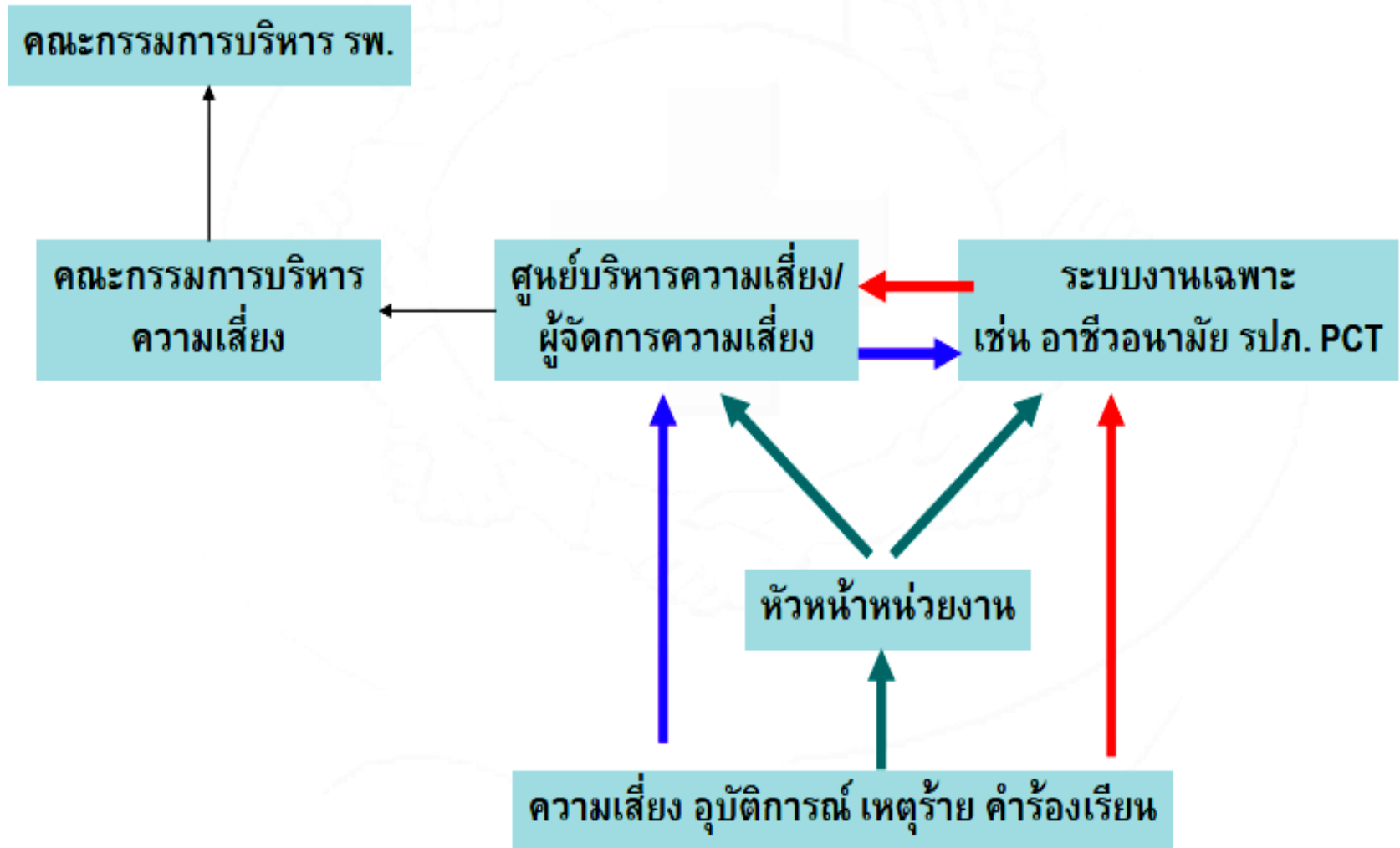


ลักษณะของการรายงานความเสี่ยง,IR

- การรายงานความเสี่ยงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้ทราบปัญหาที่เกิดขึ้น
- การรายงานความเสี่ยงนั้นเป็นสิ่งที่ต้องกระตุ้น และส่งเสริม ให้บุคลากรเกิดความสนใจในการรายงาน
- การรายงานเหตุเกือบพลาด (Near Miss) ที่บุคลากรรายงานออกมาเป็นการสะท้อนให้เห็นช่องโหว่ของระบบที่ควรให้ความสนใจ การที่ไม่เกิดความสูญเสีย มิได้หมายความว่ารายต่อไปจะโชคดี
- การรายงานอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงของบุคลากร ควรมีแนวทางที่ชัดเจนว่าลักษณะใดที่ควรจะรายงาน ความเร่งด่วนในการรายงานเพียงใด และจะต้องรายงานถึงระดับใด
- รูปแบบที่กำหนดไว้ควรมีความเรียบง่าย ไม่ซับซ้อน สามารถตอบสนองต่อการรายงานอุบัติการณ์ และมีส่วนจูงใจในการรายงาน



ตัวอย่างแนวทางการรายงานความเสี่ยง





เราสามารถรายงานความเสี่ยงด้วยวิธีใดบ้าง

1. การรายงานผ่านโปรแกรมความเสี่ยง
2. การรายงานผ่านการบันทึกในกระดาษ
 - ใบรายงานความเสี่ยง
 - จดหมายน้อย (ใบรายงานฉบับเล็ก)
 - สมุดบันทึก
 - แบบฟอร์มในการชี้แจงเกี่ยวกับจำนวนที่เกิดขึ้น
 - กล่องรับเรื่องราวความเสี่ยงตามจุดต่าง ๆ



สร้างช่องทางให้หลากหลาย เพื่อให้ง่ายต่อการรายงาน



ใบบันทึกอุบัติการณ์

บริเวณที่เกิดอุบัติการณ์

รายละเอียดของอุบัติการณ์

ผู้รายงานอุบัติการณ์

วัน/เดือน/ปี เวลา

ใบบันทึกอุบัติการณ์

บริเวณที่เกิดอุบัติการณ์

รายละเอียดของอุบัติการณ์

ผู้รายงานอุบัติการณ์

วัน/เดือน/ปี เวลา

จอแรกของการเข้าถึงระบบลูกค้า (HRMS Client) หลัง การทำ activated code แล้ว http://hostname/hrmsclient



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล
Healthcare Risk Management System: **HRMS**

21/05/2015 12:01:30 | [Login](#)

Client V.1.15.5.3
Updated 17/5/2558

หน้าหลัก | บันทึกข้อมูล | รายงาน | ความรู้พื้นฐาน | วิธีการ/ แนวทางการแก้ไขความเสี่ยงเชิงระบบขององค์กร | Webboard

รายงานความเสี่ยง

บันทึกรายงานความเสี่ยง

ติดตาม/เฝ้าระวังการเกิดความเสี่ยง

รับขึ้นรายงานความเสี่ยงใหม่
ความเสี่ยง รอยืนยัน
ยืนยันแล้วเป็นความเสี่ยง/รอแก้ไข
อยู่ระหว่างดำเนินการของกศม/หน่วยงานหลัก
อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง

0 เรื่อง
36 เรื่อง
49 เรื่อง
15 เรื่อง
35 เรื่อง

Login เข้าสู่ระบบ HRMS:ระบบบริหารความเสี่ยง

 **Login**

User ID...

Login

Webboard : สำหรับสื่อสาร และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องราวเกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยง

ข่าวสาร สรพ.

test5
Posted: 4/3/2558 15:28:01

test4
Posted: 4/3/2558 15:27:36

แจ้งการ Upgrade โปรแกรมให้เป็น V.1.15.1.2 (Updated Patch 20/04/2558)
Posted: 20/4/2558 20:16:08

แจ้ง ปรับคำอธิบายการเก็บข้อมูลจำนวนในสิ่งข่าฝู้นวนอก
Posted: 31/3/2558 17:31:18

แจ้ง การเพิ่มรายการความเสี่ยงเกี่ยวกับเครื่องฉีฉี/ อุปกรณ์ (29 ม.ค. 58)
Posted: 29/1/2558 12:31:35

ดูทั้งหมด

ตั้งกระทู้ใหม่



Risk

การค้นหา ฝ้าระวัง และระบุความเสี่ยง

สถานที่เกิดเหตุ :

อยู่ในกลุ่มความเสี่ยง : ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk)

อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงหมวดใด : ความเสี่ยงด้านคลินิกทั่วไป

อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงประเภทใด : Safety Goal

อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงเรื่องอะไร :

เป็นคนไข้/แพทย์ของ PCT :

ระดับความรุนแรงของความเสี่ยง :

รายละเอียดการเกิดเหตุ :

การตกเตียง (ต้องเกิดและถึงตัวผู้ป่วยแล้ว)
 การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
 การแพ้ยาซ้ำ (ต้องเกิดและถึงตัวผู้ป่วยแล้ว)
 การลื่นล้มกรณี เครื่องมือไว้ในผู้ป่วย
 การให้ยามิดคน ผิดชนิด ผิดขนาด ผิดวิธี ผิดเวลา (ต้องเกิดและถึงตัวผู้ป่วยแล้ว)
 การให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน (ต้องเกิดและถึงตัวผู้ป่วยแล้ว)
 เกิดการฟ้องร้อง ร้องเรียน

วันที่รายงานความเสี่ยง : 11/03/2557

หน่วยงานที่รายงานความเสี่ยง :

สถานที่เกิดเหตุ :

อยู่ในกลุ่มความเสี่ยง :

อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงหมวดใด :

อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงประเภทใด :

อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงเรื่องอะไร :

ระดับความรุนแรงของความเสี่ยง :

จำนวนเหตุการณ์ทั้งหมด : 1,881 , เหตุการณ์ปัจจุบัน : 1-20

Home | ติดต่อเรา | ฐานข้อมูล | รายงาน | ความรู้พื้นฐาน | วิธีการในทางคลินิก | ความเสี่ยง

Admin > Database > ติดตามผลการรายงานความเสี่ยง

ติดตามระบบการรายงานความเสี่ยง

รหัส :

ชื่อเหตุการณ์ :

อยู่ในกลุ่มความเสี่ยง :

อยู่ในหมวดความเสี่ยง :

อยู่ในประเภทความเสี่ยง :

ค้นหา

จำนวนหน้าต่อหน้า : 20 หน้าที่ : 1

รหัส	ชื่อ	หน่วยงานรับผิดชอบการเกิดเหตุ
☒ 0000000754	เกิด PPH ใน Post partum	ศีก 5/2 (นศ.คลอด)
☐ 0000000125	P 2 สัปดาห์คลอด	ห้องผู้ป่วยนอก
☐ 0000000126	P 2 สัปดาห์คลอด	OPD อายุรกรรม
☐ 0000000128	P 2 สัปดาห์คลอด	OPD อายุรกรรม
☐ 0000000129	P 2 สัปดาห์คลอด	งศ.ศัลยกรรม
☐ 0000000254	P 2 ภายหลังการคลอดทารกในครรภ์	ห้องผู้ป่วยใน
☐ 0000000303	เอกสารใบรับผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยฉุกเฉิน	OPD สูติ-นรีเวช
☐ 0000000304	A 5 ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ	OPD สูติ-นรีเวช
☐ 0000000307	P 2 สัปดาห์คลอด	PCT-ศัลยกรรมและนศ.ศัลยกรรม
☐ 0000000309	ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก	ศีก 3/5
☐ 0000000310	A 3 ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ/ไม่ปฏิบัติตาม	ศีก 3/5
☐ 0000000311	A 3 ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ/ไม่ปฏิบัติตาม	ศีก 3/5
☐ 0000000313	ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ/ไม่ปฏิบัติตาม	ศีก 3/5
☐ 0000000316	D 2 ภายหลังการคลอดทารกในครรภ์	ห้องผู้ป่วยนอก
☐ 0000000323	ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ/ไม่ปฏิบัติตาม	ศีก 3/5
☐ 0000000329	ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก	OPD สูติ-นรีเวช (1/1)
☐ 0000000340	เอกสารใบรับผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยฉุกเฉิน	OPD สูติ-นรีเวช
☐ 0000000341	D 5 ภายหลังการคลอดทารกในครรภ์	ห้องผู้ป่วยนอก
☐ 0000000342	เอกสารใบรับผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยฉุกเฉิน	OPD สูติ-นรีเวช
☐ 0000000344	A 5 ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ	OPD สูติ-นรีเวช

จำนวนหน้าต่อหน้า : 20 หน้าที่ : 1



INFORMATION

Riskbooking Report

ชนิดของรายงานความเสี่ยง

เรื่อง : A 9 ไม่ปฏิบัติตาม

รหัส : 0000000304 เข้าสู่งาน

ซึ่งมีการรายงานผู้ให้บริการและกรรมการความเสี่ยงแล้ว

ปิด



ข้อมูลขั้นต่ำของที่บุคลากรควรรายงาน

1. รายละเอียดของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

■ รายละเอียดของผู้ป่วย (เพศ , อายุ , HN , AN เป็นต้น : **ไม่ควร** นำชื่อ-นามสกุลผู้ป่วยเข้ามาในระบบ)

■ เวลาที่เกิด (เวิร์ช , เวิร์ช , เวิร์ช)

■ สถานที่เกิดความเสี่ยง

■ เหตุการณ์โดยสรุป

2. โปรแกรม , ชื่อความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

3. ความรุนแรงที่เกิดขึ้น

4. การแก้ไขที่เกิดขึ้น

5. หน่วยงานที่รายงาน



การรายงานความเสี่ยงที่ได้ใจบุคลากร

- ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน เข้าใจง่าย
- รายงานแล้วผู้รายงานไม่ถูกทำโทษ ไม่ถูกตำหนิ แต่นำไปสู่การแลกเปลี่ยน เรียนรู้
- มีการรักษาความลับของรายงาน
- ความเสี่ยงที่รายงานไปได้รับการวิเคราะห์โดยผู้เชี่ยวชาญ
- มีการตอบสนองต่อรายงานความเสี่ยงอย่างทันเวลา
- เมื่อเกิดความเสี่ยง ให้มุ่งแก้ไขที่ตัวระบบหรือกระบวนการมากกว่าตัวบุคคล โดยค้นหาสาเหตุ และกำหนดมาตรการป้องกัน ด้วยแนวคิด Human Factor Engineering เพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ และมีการประเมินผล





สถานการณ์ปัจจุบัน

ความเสี่ยงที่เรารายงาน

ความเสี่ยง, เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ในสถานการณ์ปัจจุบัน
การรายงานความเสี่ยง
ยังมีปริมาณน้อยเปรียบเหมือน
ปลายยอดของน้ำแข็งที่โผล่ขึ้น
มา แต่สิ่งที่อยู่ข้างล่างยังมีอีก
มากมาย เราจึงต้องช่วยกัน
ค้นหา รายงานความเสี่ยง

ความเสี่ยงที่แฝงอยู่



ประเมินความรุนแรง



ประเมินความรุนแรงเพื่ออะไร

- การประเมินความรุนแรงของของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น มีวัตถุประสงค์ดังนี้
 1. เพื่อจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และนำไปสู่การแก้ไขและกำหนดมาตรการในการป้องกัน
 2. เพื่อให้จัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมตามความรุนแรงที่เกิดขึ้น เช่น การหาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง (RCA) ในความเสี่ยงที่มีความรุนแรงสูง ๆ เช่น G, H, I, 4, 5 เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ
 3. เพื่อกำหนดเป็นแผนในการพัฒนาหน่วยงาน และองค์กรของเราต่อไปในอนาคต



Near
certainty

Highly likely

Likely

Low
likelihood

Probable

5	10	15	20	25
4	8	12	16	20
3	6	9	12	15
2	4	6	8	10
1	2	3	4	5
Minimal	Minor	Major	Serious	Catastrophe

เหตุผลของการประเมินเพื่อจัดลำดับ
ความสำคัญของการแก้ไข/ป้องกันความ
เสี่ยงอย่างเหมาะสมและพัฒนาต่อไป



ความรุนแรงทางคลินิก

- A : เหตุการณ์ซึ่ง**มีโอกาที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยง**
- B : เกิดความเสี่ยงขึ้นแต่**ยังไม่ถึงผู้รับบริการ/บุคลากร**
- C : เกิดความเสี่ยง **แต่ไม่เกิดอันตราย**
- D : เกิดความเสี่ยงขึ้น ส่งผลให้มีการ**เฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย**
- E : เกิดความเสี่ยง **ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัด**
- F : เกิดความเสี่ยง ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และ**ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น**
- G : เกิดความเสี่ยงส่งผลให้เกิด**อันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย**
- H : เกิดความเสี่ยง ส่งผลให้**ต้องทำการช่วยชีวิต**
- I : เกิดความเสี่ยงขึ้นกับผู้ป่วย อาจเป็นสาเหตุของการ**เสียชีวิต**



ตัวอย่างการประเมินความรุนแรงทางคลินิก

การจ่ายยา Penicillin

- A** : ตรวจประวัติผู้ป่วยพบแพ้ Penicillin เผื่อระวัง/กำหนดมาตรการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ
- B** : จ่ายยา Penicillin ที่ผู้ป่วยแพ้ แต่พยาบาลดักจับได้ก่อน
- C** : จ่ายยา Penicillin ที่ผู้ป่วยแพ้ ถึงตัวผู้ป่วยแล้ว แต่พยาบาลทราบก่อน
- D** : จ่ายยา Penicillin ผิดเตียง โดยจ่ายให้เตียงอื่น
- E** : จ่ายยา Penicillin ที่ผู้ป่วยแพ้ แล้วผู้ป่วยได้รับ จนต้องให้ยาแก้แพ้
- F** : จ่ายยา Penicillin ที่ผู้ป่วยแพ้ แล้วผู้ป่วยได้รับ จนต้องให้ยาแก้แพ้และผู้ป่วยนอนนานขึ้น
- G** : จ่ายยา Penicillin ที่ผู้ป่วยแพ้ แล้วผู้ป่วยได้รับ จนทำให้เกิด Steven Johnson Syndrome และเกิดตาบอด
- H** : จ่ายยา Penicillin ที่ผู้ป่วยแพ้ แล้วผู้ป่วยได้รับจนเกิดการแพ้ หายุดหายใจ และมีการช่วยชีวิต
- I** : จ่ายยา Penicillin ที่ผู้ป่วยแพ้ แล้วผู้ป่วยได้รับจนเกิดการแพ้ หายุดหายใจ และเสียชีวิต



ตัวอย่างความรุนแรงทางกายภาพ

- 1: มีโอกาสเกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหายไม่เกิน 10,000 บาท/ ยังไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน
- 2 : เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหาย 10,001 - 50,000 บาท/ มีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน
- 3 : เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหาย 50,001 - 250,000 บาท/ เกิดผลกระทบปานกลาง (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน



ตัวอย่างความรุนแรงทางกายภาพ

- 4 : เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหาย 250,001 – 10,000,000 บาท/ มีผลกระทบสูง ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์
- 5 : เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหายมากกว่า 10 ล้านบาท/ มีผลกระทบสูงมาก ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง



ปลั๊กไฟชำรุดที่เสี่ยงทำให้เกิดไฟฟ้าช็อต



ตัวอย่างการประเมินความรุนแรงทางกายภาพ

ปลั๊กไฟชำรุดที่เสี่ยงทำให้เกิดไฟฟ้าช็อต

- 1 : เดิน Round ENV พบปลั๊กไฟชำรุด
- 2 : ปลั๊กไฟเกิดไฟฟ้าช็อต ทำให้เครื่องคอมพิวเตอร์เสีย
- 3 : ปลั๊กไฟเกิดไฟฟ้าช็อต ทำให้ Server ของโรงพยาบาลเสีย
- 4 : ปลั๊กไฟเกิดไฟฟ้าช็อต ทำให้เกิดเพลิงไหม้ในห้อง Server
- 5 : ปลั๊กไฟเกิดไฟฟ้าช็อต ทำให้เกิดเพลิงไหม้ในห้อง Server และ
ลุกลามไหม้ตึกอำนวยการทั้งหลัง



Near miss

- เหตุการณ์ที่มีโอกาสเกิดแต่ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- เหตุการณ์ที่เกิดอันตรายแน่นอน แต่ไม่เกิดเพราะสามารถดักจับได้ก่อน
- เหตุการณ์ที่เกิดแล้วจะเป็นอันตราย แต่ไม่เกิดอันตราย



การจัดการกับ Near miss

เมื่อเกิดเหตุการณ์



ดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงทันที และมีการ
ติดตามประเมินผล ใ้เฝ้าระวัง



Risk matrix

คือตารางในการนำตัวแปร 2 ตัว ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือ โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มาวิเคราะห์และ จัดลำดับความสำคัญของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อใช้ประกอบใน การดำเนินการแก้ไข โดยตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์คือ

1. **ความรุนแรง** ของเหตุการณ์โดยพิจารณาจาก ผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ องค์กร
2. **ความถี่** ที่เกิดขึ้นหรือโอกาสในการเกิด

2x2 3x3 4x4 5x5



ตัวอย่างตารางเกณฑ์การวิเคราะห์

ตารางการวิเคราะห์

Severity	Likelihood			
	Frequency	Probable	Occasional	Remote
High	16	12	8	4
Medium	12	9	6	3
Small	8	6	4	2
Insignificant	4	3	2	1

สีแดง : อันดับ 1 ตามระดับคะแนนที่เกิดขึ้น

สีส้ม : อันดับ 2 ตามระดับคะแนนที่เกิดขึ้น

สีเหลือง : อันดับ 3 ตามระดับคะแนนที่เกิดขึ้น

สีเขียว : อันดับ 4 ตามระดับคะแนนที่เกิดขึ้น

4x4



ตัวอย่างเกณฑ์ในการประเมินผลกระทบและโอกาส

เกณฑ์ในการประเมินผลกระทบ และโอกาส

การประเมินผลกระทบ (Severity) = S

ผลกระทบ	ระดับความรุนแรง	ผลกระทบ (คะแนน)
Insignificant	A,B,1	1
Small	C,D,2	2
Medium	E,F,3	3
High	G,H,I,4,5,Sentinel event	4

การประเมินโอกาส (Likelihood)

โอกาส	เกณฑ์เปรียบเทียบ	คะแนน
Frequency	พบทุกสัปดาห์/พบทุกเดือน	4
Probable	พบ 2-5 เดือน/ครั้ง	3
Occasional	พบ 6 เดือน/ครั้ง	2
Remote	พบ 1 ปี/ครั้ง	1



ตัวอย่างการนำ Risk matrix มาใช้

ลำดับที่	เหตุการณ์ความเสี่ยง	มาตรการการป้องกัน (WI,CQI,QA)	ความถี่	ผลกระทบ (S)				โอกาส (L)	Rating Risk (LxS)	สถิติรายปี (ความถี่)		
				1	2	3	4			56	57	58
4	เกิดความผิดพลาดในการรายงานค่า วิกฤติ (ไม่ได้รายงาน/รายงานล่าช้า/ รายงานไม่ครบ)	วิธีปฏิบัติกรรายงานค่าวิกฤติ	1		2			1	2	0	0	0
5	ผู้ป่วยมีอาการแพ้เลือด/ส่วนประกอบของ เลือด	แบบบันทึกการเฝ้าระวังในการให้เลือด และรายละเอียดของอาการแพ้เลือด	1			3		1	3	0	0	0
6	นำยาตรวจวิเคราะห์ ขาด stock ไม่พอใช้ ต้องยืมจากโรงพยาบาลอื่น	ระเบียบปฏิบัติการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์ การแพทย์ และบริการ	3		2			2	4	0	0	0
7	ผู้ป่วยปฏิบัติตัว/เตรียมตัวไม่ถูกต้องก่อน เก็บสิ่งส่งตรวจ	1. บอร์ดแสดงวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจที่ ถูกต้อง 2 เจ้าหน้าที่ชี้แจงการเก็บสิ่งส่งตรวจที่ ถูกต้องให้ผู้ป่วยได้รับทราบ	10		2			4	8	0	10	14
8	ผู้ป่วยร้องเรียนไม่เรียกเจาะเลือด ตามลำดับ	1. กำหนดแนวทางในการจ่ายบัตรคิว ร่วมกับทีมสารสนเทศ และคลินิก NCD	2		2			2	4	0	6	4



การจัดการความเสี่ยง



การประเมินความรุนแรงสู่การจัดการที่เหมาะสม

ระดับความรุนแรง	การรายงาน	ระยะเวลาการ นำส่งใบรายงาน	แนวทางการ จัดการ	ระยะเวลาการวาง มาตรการป้องกัน	ระยะเวลาการ ติดตามผล
A – D ระดับ 1 - 2	รายงานตาม ระบบ	สามารถนำส่งได้ ทุกวัน	รวบรวมและดู แนวโน้มว่ามี ความถี่ที่สูงขึ้น หรือไม่	ดูแนวโน้ม ความถี่	2 เดือน
E,F ระดับ 3 เสี่ยงต่อSentinel event	รายงานตาม ระบบ	ภายใน 72 ชั่วโมง	ดำเนินการหา RCA	1 สัปดาห์	1 เดือน
G,H,I ระดับ 4	รายงานตามระบบ	ภายใน 24 ชั่วโมง	ดำเนินการหา RCA	5 วันทำการ	2 สัปดาห์
Sentinel event ระดับ 5	รายงาน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหรือ ผู้แทนทราบทันที	รายงานทันที	ดำเนินการหา RCA	5 วันทำการ	2 สัปดาห์





การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ : RCA

เป้าหมาย: จัดการกับปัญหารุนแรงอย่างเหมาะสม เรียนรู้และ
จัดระบบเพื่อป้องกันมิให้เกิดปัญหาซ้ำ

เหตุการณ์สำคัญที่ควรทบทวน:

- ผู้ป่วยเสียชีวิตทุกราย ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทุกราย
- ผู้ป่วยที่ญาติแสดงความไม่พอใจสูง มีโอกาสเกิดการร้องเรียน
- อุบัติเหตุที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่

ทบทวนอย่างไร - RCA:

- รีบทบทวนทันทีเมื่อทราบเหตุ
- เก็บข้อมูลรายละเอียดต่าง ๆ ในสถานที่จริงให้มากที่สุด ทั้งจาก
การสัมภาษณ์ และหลักฐานที่เกี่ยวข้อง



RCA คืออะไร

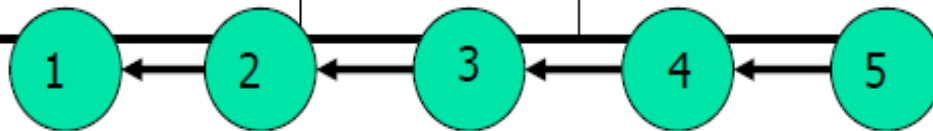
RCA ...Root Cause Analysis

กิจกรรมการทบทวนที่เน้นการวิเคราะห์เพื่อหา
สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงภายหลังเกิด **เหตุ**
ผิดพลาดที่รุนแรง ของการปฏิบัติงาน เพื่อ
นำไปสู่ การปรับปรุงระบบ/กระบวนการ และ
นำไปสู่การลดโอกาสที่จะเกิดขึ้นซ้ำ



Cause and effect are same thing

Effects	“caused by”	Causes
1. บาดเจ็บ	→	Fall
2. Fall	→	พื้นเปียก
3. พื้นเปียก	→	ท่อปัดน้ำรั่วซึม
4. ท่อปัดน้ำรั่วซึม	→	ระบบกันซึมล้มเหลว
5. ระบบกันซึมล้มเหลว		Not maintained



A continuum of causes

Gano



อะไรคือความผิดพลาดที่ทำ RCA

- Near Miss ที่เกิดซ้ำ ๆ
- เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event)
- Sentinel Events
- การกระทำที่ไม่ปลอดภัยโดยไม่ตั้งใจและนำไปสู่ความเสี่ยงที่มีความรุนแรง



สาเหตุของความผิดพลาด

เราสามารถแบ่งสาเหตุความผิดพลาดได้ 2 แบบ คือ

- **Active error** : ได้แก่ การละเว้นไม่ทำตามข้อตกลง หรือทำในสิ่งที่ไม่ใช่ข้อตกลง (บุคคล)
- **Latent error** : ได้แก่ ความบกพร่องของระบบที่เอื้อให้เกิดความผิดพลาด

RCA > Latent error (AE, Sentinel Event)



ชนิดของ RCA

1. **RCA เชิงรับ** : การวิเคราะห์เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือเหตุเกือบพลาดสู่การกำหนดมาตรการป้องกัน เพื่อลดการเกิดความเสียหายซ้ำ
2. **RCA เชิงรุก** : การวิเคราะห์หาโอกาสที่จะเกิดปัญหาหรือข้อบกพร่องในกระบวนการทำงาน เพื่อให้เกิดความปลอดภัย เรียกว่า **การวิเคราะห์จุดบกพร่องหรือผลกระทบ (Failure mode and effect analysis : FMEA)**



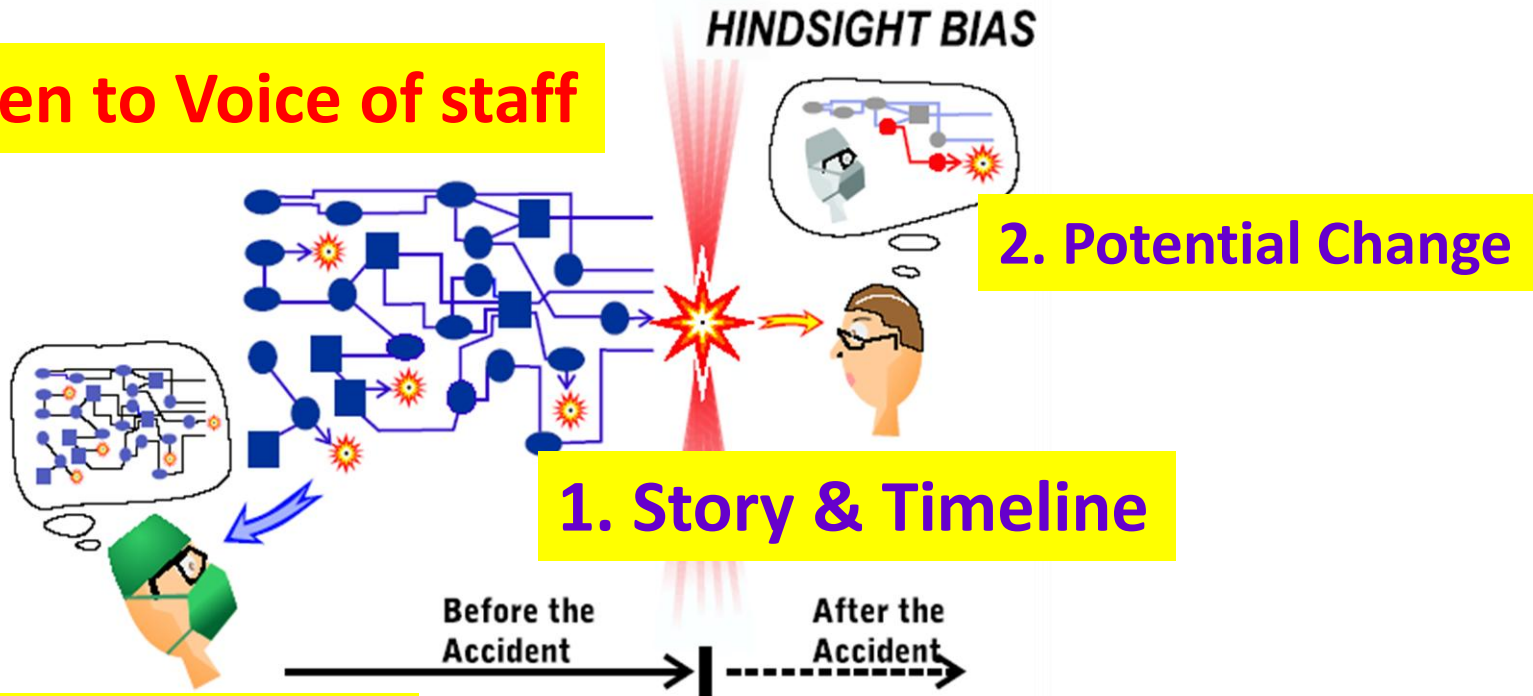
แนวทางการวิเคราะห์ RCA

- **Turning point** : การมองย้อนหลังก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์
- **Cognitive Walkthrough** : การมองย้อนหลังเหตุการณ์โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องคอยให้ข้อมูล
- **Conventional Why** : เป็นการถามโดยใช้คำถามว่า “ทำไม”
- **Comprehensive Scan** : วิธีครอบจักรวาลที่มีการตั้งประเด็นในการทบทวน ได้แก่ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ, ผู้ให้บริการ/ทีมงาน , กระบวนการ, เครื่องมือ/สิ่งแวดล้อม, องค์กร
- **RCA แบบ Timeline**



RCA แบบท Timeline

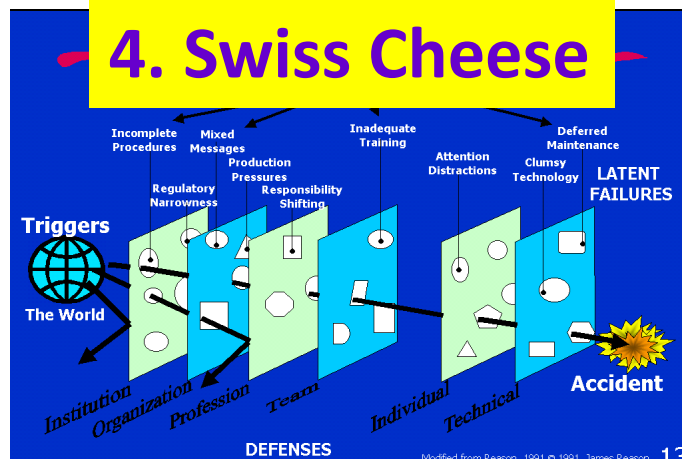
3. Listen to Voice of staff



2. Potential Change

1. Story & Timeline

4. Swiss Cheese



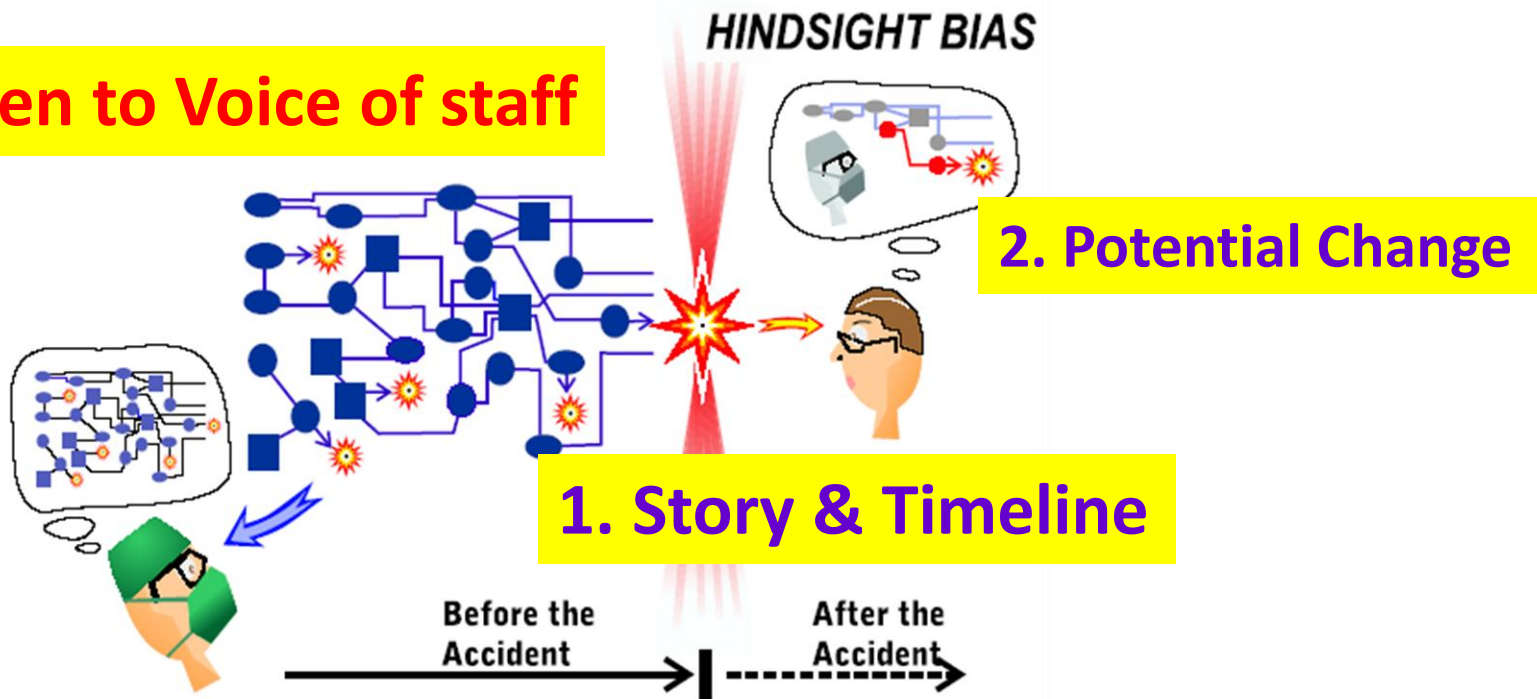
5. Creative solution

How to prevent it?
How to make it better?
How to detect it earlier?
How to do it earlier?
How to do it more appropriate?



การให้ข้อมูลในการทำ RCA

3. Listen to Voice of staff



ให้ผู้เกี่ยวข้องได้บอกเล่าจากมุมมองของตนตามความเหมาะสม
ทุกคนมีบทบาท และควรรับทราบบทบาทของผู้อื่น
การทราบว่าผู้เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลอะไร แผลผลข้อมูลอย่างไร ต้องการ
อะไร มีข้อจำกัดอะไร ทำให้เกิดความเข้าใจคนทำงาน

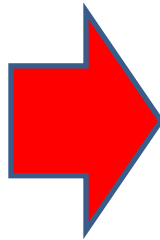


Human Factor Engineering

ทำความเข้าใจ

ลักษณะของคนทำงาน
เหนื่อย ลำ สับสน

ความสัมพันธ์ระหว่าง
คนทำงาน
กับการปฏิบัติงาน



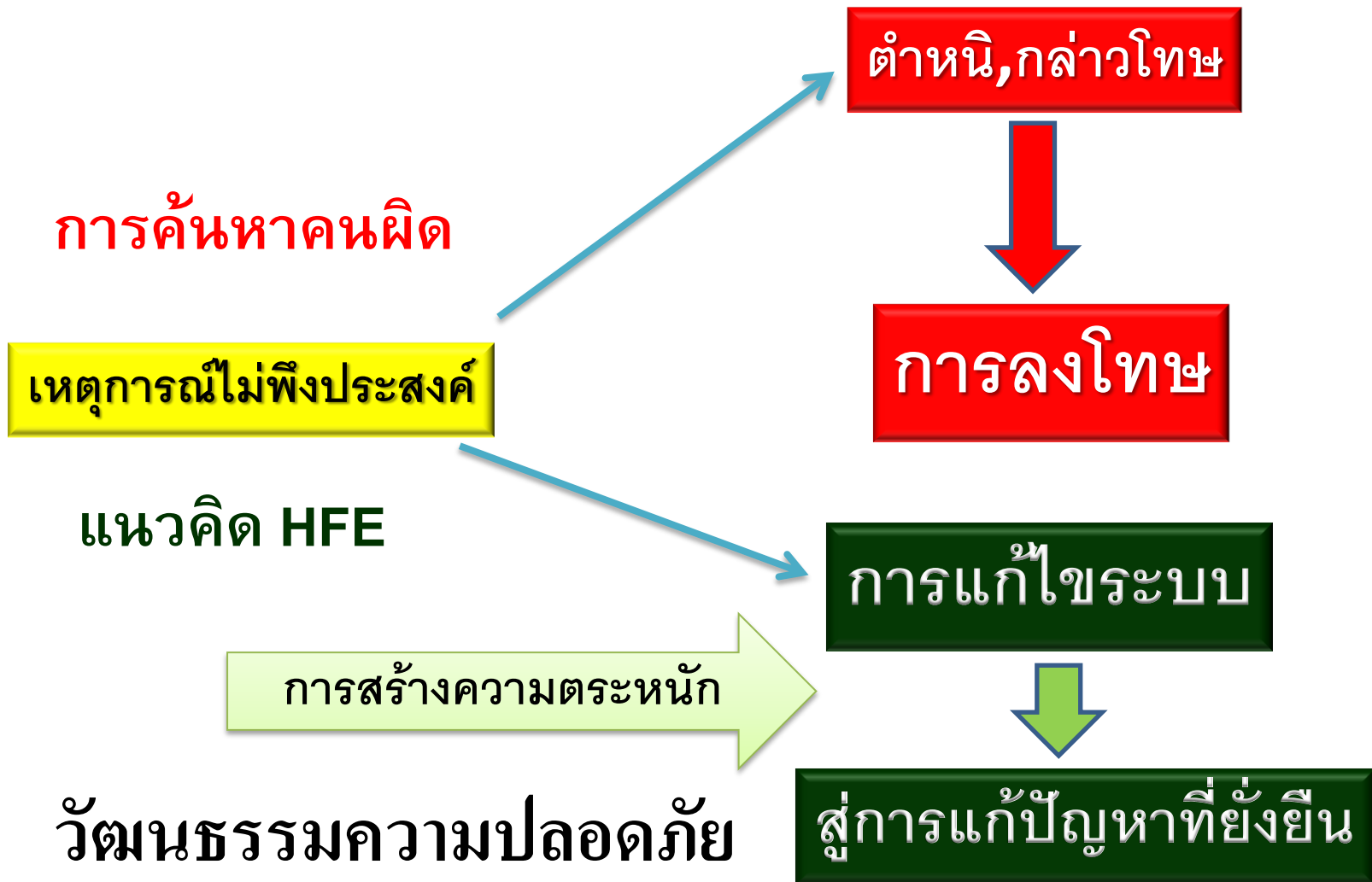
การออกแบบ
การทำงานที่มี
คุณภาพและ
ปลอดภัย

ประยุกต์

อุปกรณ์
เครื่องมือ
ที่ทำงาน
การทำงาน
สิ่งแวดล้อม
ระบบ
คอมพิวเตอร์
แบบฟอร์ม
ตัวเตือน
วิธีปฏิบัติงาน



แนวคิด Human Factor Engineering





เพราะความผิดพลาดนั้นคือธรรมชาติของมนุษย์ที่ไม่สามารถ
หลีกเลี่ยงได้

โดยเฉพาะการให้บริการทางด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อน
พบว่า

80% ของความผิดพลาด

ไม่ใช่ความผิดพลาดของมนุษย์

แต่คือระบบ/กระบวนการ/วิธีปฏิบัติงาน

ที่ทำให้คนทำงานผิดพลาด

นั่นคือผู้ป่วยจำนวนมากที่เสียชีวิตหรือได้รับอันตราย

จากความผิดพลาดที่ป้องกันได้



ความผิดพลาดนั้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ สิ่งสำคัญมากที่ต้องทำ
ความเข้าใจในความผิดพลาดนั้น **Human Factor Engineering**
จึงเป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อลดความผิดพลาดนั้น

ดังนั้นผู้ที่ต้องเผชิญหน้ากับปัญหาจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมแก้ปัญหา

- มีใครบ้างที่ไม่เคยทำผิดพลาด
- เรารู้เมื่อไหร่ รู้ได้อย่างไรเมื่อเกิดความผิดพลาด
- จะมีอะไรที่จะช่วยไม่ให้เกิดความผิดพลาดอีก
- การมีส่วนร่วม (ระบบ) ในการค้นหาคำตอบ น่าจะไม่สร้างความผิดพลาดอีก ?

Human Factor Engineering



ตัวอย่างแนวคิด HFE

- การออกแบบจลาจต่าง ๆ
- การออกแบบระบบสัญญาณเตือน
- การออกแบบซอฟต์แวร์
- การออกแบบแสดงข้อมูล
- การออกแบบ แบบฟอร์มหรือบันทึก
- การออกแบบขั้นตอนการทำงานให้ดีขึ้น
- การออกแบบสถานที่ทำงานให้ปลอดภัย
- การออกแบบการอบรม
- การออกแบบเครื่องช่วยจำ การคิด การตัดสินใจ
- การออกนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติงานต่าง ๆ







แนวทางในการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

การจัดการความเสี่ยงสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. การจัดการเงินชดเชยให้

2. การควบคุมความเสี่ยง

2.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง

2.2 การผ่อนถ่ายความเสี่ยง

2.3 การกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

2.4 การลดความสูญเสียโดยการแก้ไขปัญหาลเฉพาะหน้า

2.5 การแบ่งแยกความเสี่ยง



การติดตาม การประเมินผล

Risk Monitoring



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

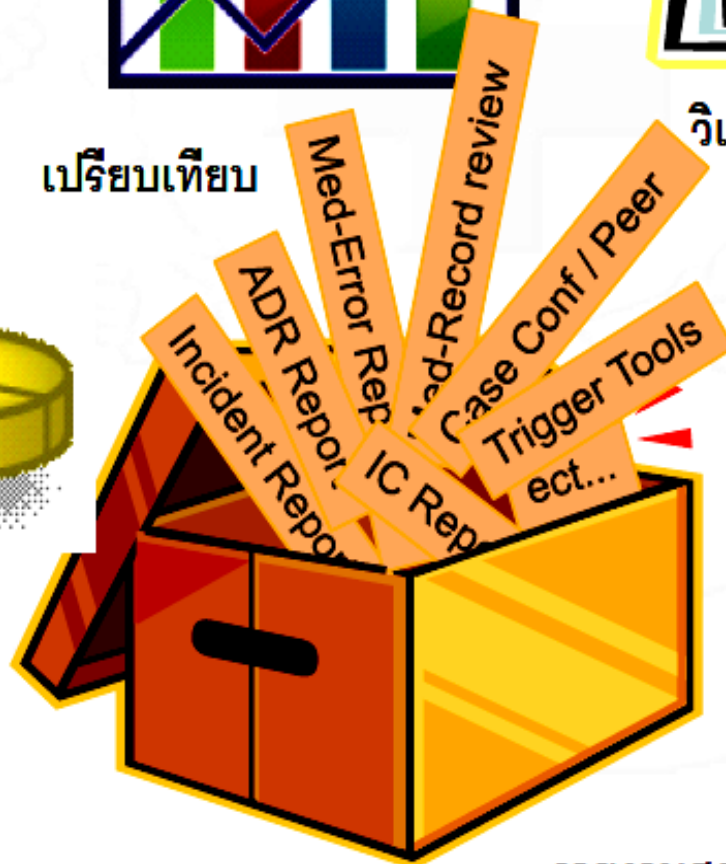


เปรียบเทียบ

วิเคราะห์แนวโน้ม

คาดการณ์

แยกประเภท



รายงานสรุปภาพรวม



การติดตาม การประเมิน การพัฒนา

- จำนวนการรายงานความเสี่ยงเพิ่มขึ้นหรือไม่ ค้นหาจากช่องทางใดบ้าง
- ความเสี่ยงที่รุนแรงเช่น G,H,I,4,5 ในเรื่องเดียวกันเกิดขึ้นซ้ำหรือไม่
- ความเสี่ยงที่ไม่รุนแรง มีแนวโน้มลดลงหรือไม่
- บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการบริหารจัดการความเสี่ยงหรือไม่ โดยเฉพาะในการรายงาน รายงานโปรแกรมความเสี่ยง และความรุนแรงถูกต้องหรือไม่
- ปัญหาสำคัญ ความเสี่ยงสำคัญได้รับการจัดการแก้ไข กำหนดมาตรการในการป้องกันอย่างเหมาะสมหรือไม่ และผลลัพธ์ในการป้องกันเป็นอย่างไร



การติดตาม การประเมิน การพัฒนา (ต่อ)

- ความเสี่ยงที่รุนแรงในเรื่องเดียวกัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือลดลง
- มีความเสี่ยงใหม่ ๆ เกิดขึ้นบ้างในหน่วยงานเราหรือไม่
- เกิดเหตุการณ์ เกิดแนวทางใหม่ เกิดวิธีการปฏิบัติใหม่บ้างหรือไม่
- ตัวชี้วัดที่ใช้กำกับการพัฒนาการบริหารจัดการความเสี่ยง มีแนวโน้มเป็นอย่างไร ดีขึ้นหรือไม่
- เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลความเสี่ยง และนำมาสู่การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงของหน่วยงาน ทีม และองค์กรมากน้อยเพียงใด
- มีการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของระบบหรือไม่ ประเมินแล้วเป็นอย่างไร นำมาสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง





การเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย



คือการเกิดความปลอดภัย ไม่เกิดความเสี่ยงขึ้น
อีกทั้งมีการบอกเล่า รายงาน มีการพูดคุยความเสี่ยงที่
เกิดขึ้นอย่างสนิทใจ แล้วเราจะทำได้อย่างไร



คุยกันวันละนิด จิตเต็มตัว

ผู้ปฏิบัติงานนำประเด็นความเสี่ยงมาคุยกัน
ในที่ทีมเป็นประจำในทุกเวอร์โดยใช้เวลาสั้น ๆ

**สรุปย่อ ข้อปลอดภัย
(Safety Brief)**

ตรวจสอบปัญหาที่อาจจะถูกสะเล
ไประหว่างการดูแลผู้ป่วยตามปกติ

ทบทวนข้างเตียง

ส่งต่อประเด็นความเสี่ยงและข้อ
พึงระวังที่คุยกันภายในแต่ละเวอร์

ส่งต่อระหว่างเวอร์



ผู้ป่วยที่รับใหม่และปัญหาการดูแลผู้ป่วย
ที่เกิดขึ้นในช่วงเวรบ่ายและเวรดึก

**คุยกันยามเช้า
(Morning Brief)**

**ผู้นำออกหน้ารับรู้
(PS Leadership Walkround)**

ตรวจเยี่ยมหน่วยงานต่างๆ อย่างสม่ำเสมอทุกสัปดาห์
เพื่อรับรู้ปัญหาและอุบัติการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น
ให้ความมั่นใจว่าจะมุ่งเน้นการแก้ไขปรับปรุงระบบ
และดำเนินการแก้ไขโดยทันที



การทบทวนข้อมูลและแนวโน้ม

ความเหมาะสมตามข้อบ่งชี้
ผลที่ไม่พึงประสงค์จากยา
ความคลาดเคลื่อนทางยา

การใช้ยา

การสื่อสารกับผู้ป่วย ศักยภาพของ รพ.
และความเหมาะสมของการดูแล

ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ

อัตราการติดเชื้อในตำแหน่งต่างๆ
พฤติกรรมป้องกัน
การติดตามหลังจากผู้ป่วยออกจาก รพ.

การติดเชื้อในโรงพยาบาล



การใช้ทรัพยากร

ที่เกี่ยวกับการตัดสินใจทางการแพทย์
เพื่อนำไปสู่การจัดทำแนวทางดูแลผู้ป่วย
ที่คุ้มค่าและได้ผลดียิ่งขึ้น

ตัวชี้วัดต่าง ๆ

คำร้องเรียนและข้อเสนอแนะ



2P Safety Goals



อ้างอิงจากเอกสารประกอบคำบรรยาย **SIMPLE for Personnel Safety** แพทย์หญิงปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ



รายละเอียดของ 2P Safety Goals

Patient Safety Goals		Personnel Safety Goals	
S	Safe Surgery	S	Social Media, Communication
I	Infection	I	Infection & Injury
M	Medication	M	Mental (second victim)
P	Process	P	Personnel work (Occupational)
L	Line& Tube & Device	L	Lane (Traffic), Law
E	Emergency	E	Environment & Social

ประกาศเป้าหมายความปลอดภัยของประเทศเพื่อผู้ให้และผู้รับบริการ



ดังนั้นความเสี่ยงคือ...การคิดบวก



หัวใจของความเสี่ยงอย่างหนึ่งคือ การคิดบวก

คิดว่าความเสี่ยงคือโอกาสในการพัฒนาให้เกิดความปลอดภัย

คิดว่าความเสี่ยงคือส่วนหนึ่งของชีวิต

คิดว่าความเสี่ยงกระบวนการมากกว่าตัวบุคคล

คิดว่าความเสี่ยงคือเรื่องของทุกคน

คิดว่าความเสี่ยงคือการประสานคือทำสิ่งที่ถูกต้อง และมอบสิ่งที่ถูกต้อง

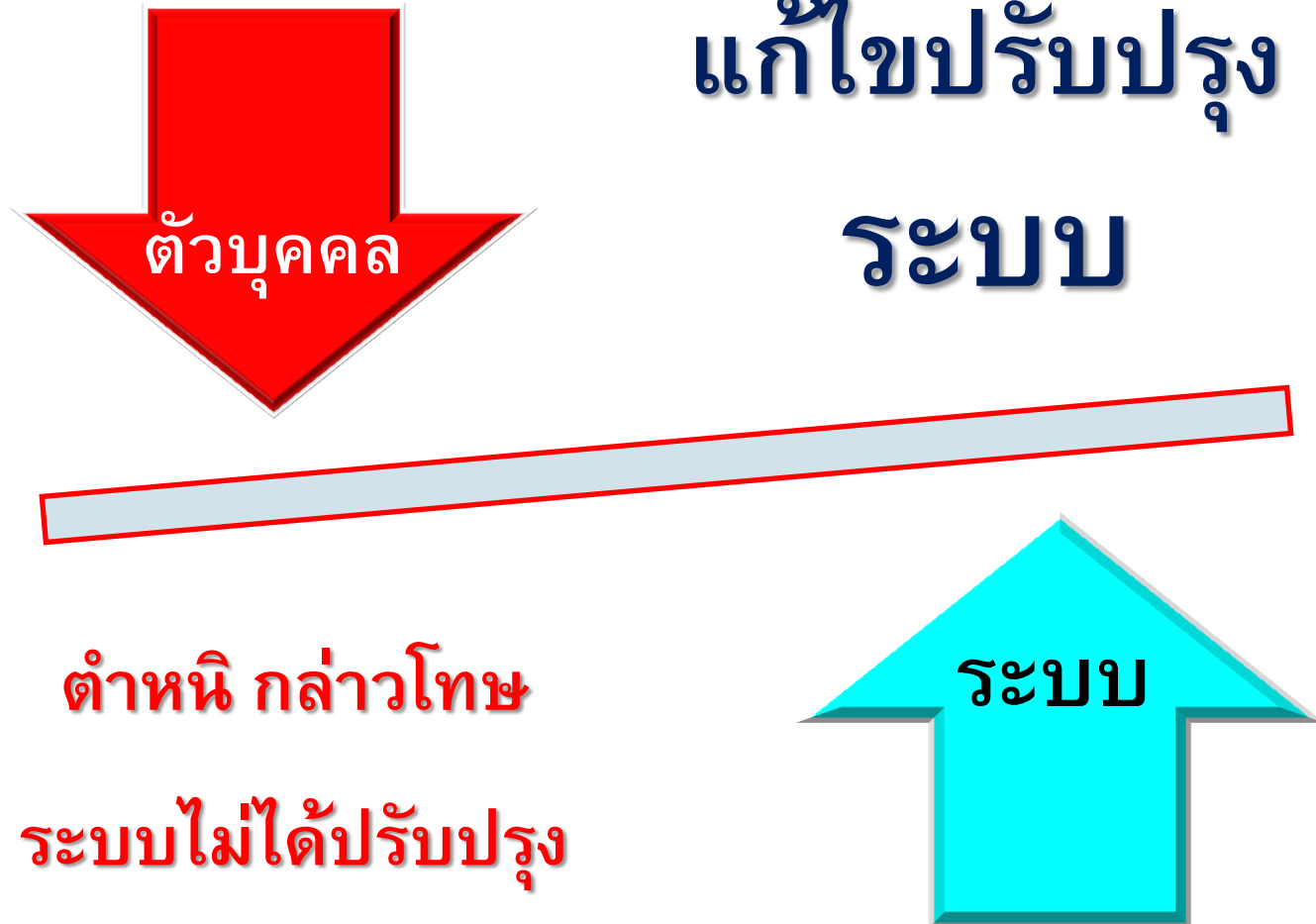
คิดว่าความเสี่ยงคือสิ่งที่เราลดโอกาสเกิดได้ แม้จะไม่หายไป

คิดว่าความเสี่ยงคือการนำข้อมูลมาสร้างความปลอดภัย

คิดว่าความเสี่ยงคือสิ่งที่เราต้องรู้จักว่าหน้าตาเป็นเช่นใด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด



ตัวบุคคลและระบบ





อย่างนี้ซิ... ผู้ป่วยจะปลอดภัย



เฝ้ามอง เฝ้าค้นหาความเสี่ยง
ด้วยความคิดว่าเราคือคนสำคัญที่สุด
ที่สร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย
จากการค้นหาของเรา



บอกเล่า รายงานความเสี่ยงที่ค้นพบ
และถือว่าผู้บอกเล่า ผู้รายงาน
คือผู้ทำความดี สิ่งที่ดีงามให้กับองค์กร
เพราะเป็นผู้ทำให้เกิดความปลอดภัย



มุ่งมั่นที่จะแก้ไข ค้นหาสาเหตุ กำหนด
มาตรการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
ทั้งระดับผู้นำ หัวหน้างาน ผู้ปฏิบัติ
และประเมินผล พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

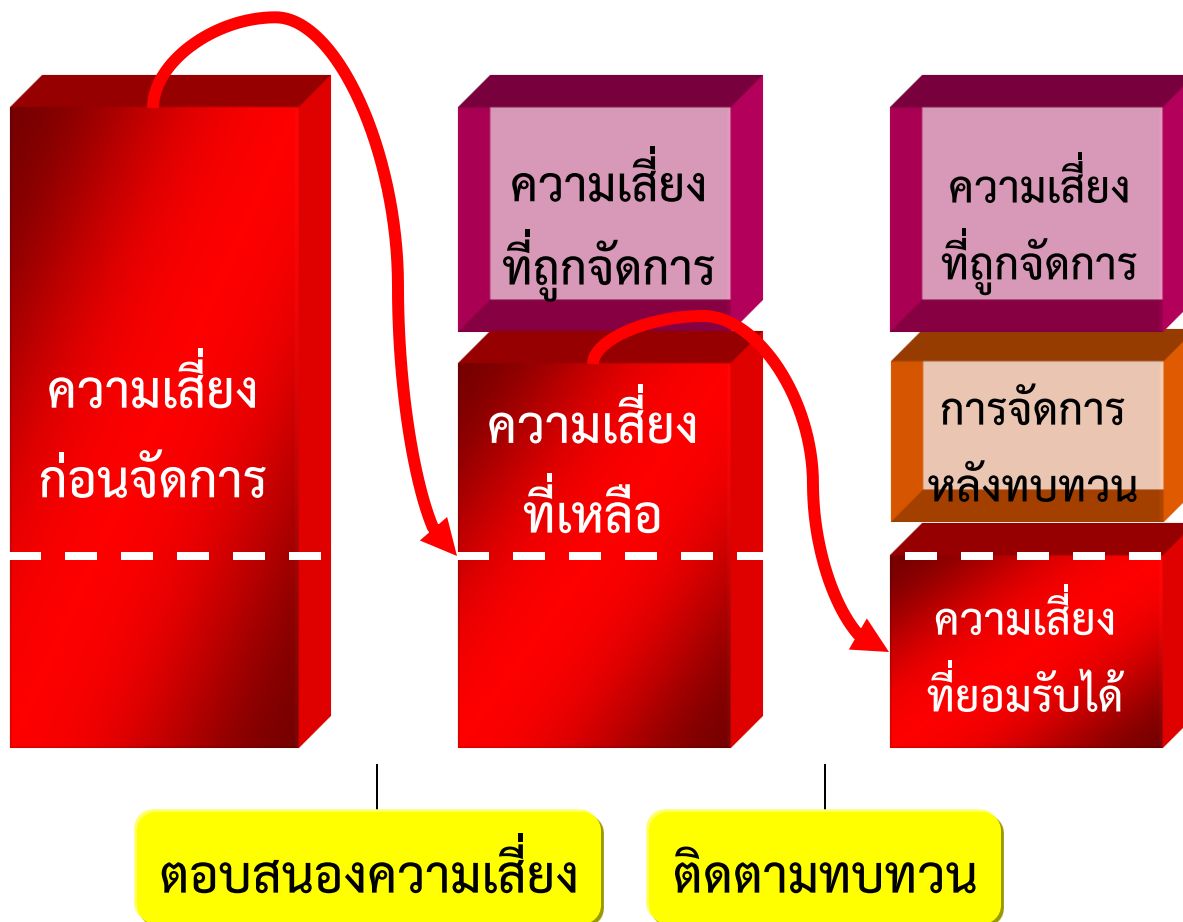


ทบทวนตนเองอยู่เสมอว่าเราอยู่ที่ใด





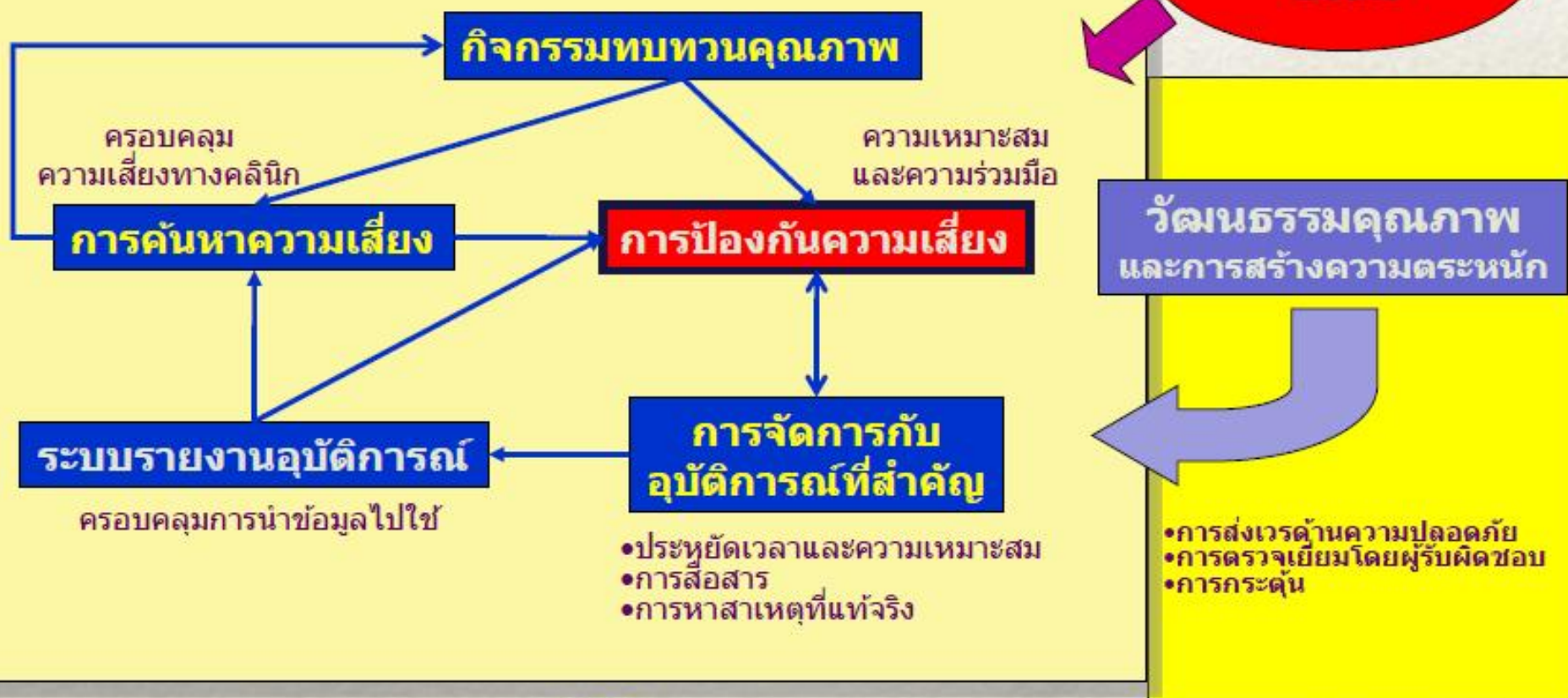
การติดตามและทบทวนความเสี่ยง





ระบบบริหารความเสี่ยง

Patient Safety Goals



**ข้อมูล/การติดตามและ
การประเมินผล**

• บัญชีความเสี่ยง
• แนวโน้มของอุบัติการณ์
• ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง



ดังนั้นเส้นการบริหารจัดการความเสี่ยงสู่ความปลอดภัย

คือหน้าที่ของทุก ๆ ท่าน ทุก ๆ คนในองค์กรที่จะช่วยกันสร้างขึ้นมา
ตั้งกฎเสนาบดีว่าด้วยข้อปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งออก
ตามพระราชบัญญัติการแพทย์เมื่อ พ.ศ. 2472 ที่ระบุไว้ว่า

- + ปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ
- + ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความระมัดระวัง ไม่ประมาท
- + ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความหวังดีต่อคนไข้และญาติ

" ถ้าท่านทำสามอย่างนี้ ยังมองไม่ออกว่า
จะเกิดข้อฟ้องร้องได้อย่างไร "



ขอบพระคุณทุก ๆ ท่านครับ



www.Facebook.com/Suradet Sriangkoon

ห้องเรียนความเสี่ยง : @Riskroom

suradetsri@gmail.com