



หลักสูตร 601 ระบบบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาล

Part : อาจารย์น้องนุช ภูมิสนธิ์

ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลคุณภาพ: ประสบการณ์ น้องนุช ภูมิสนธิ หัวหน้างานบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลศิริราช



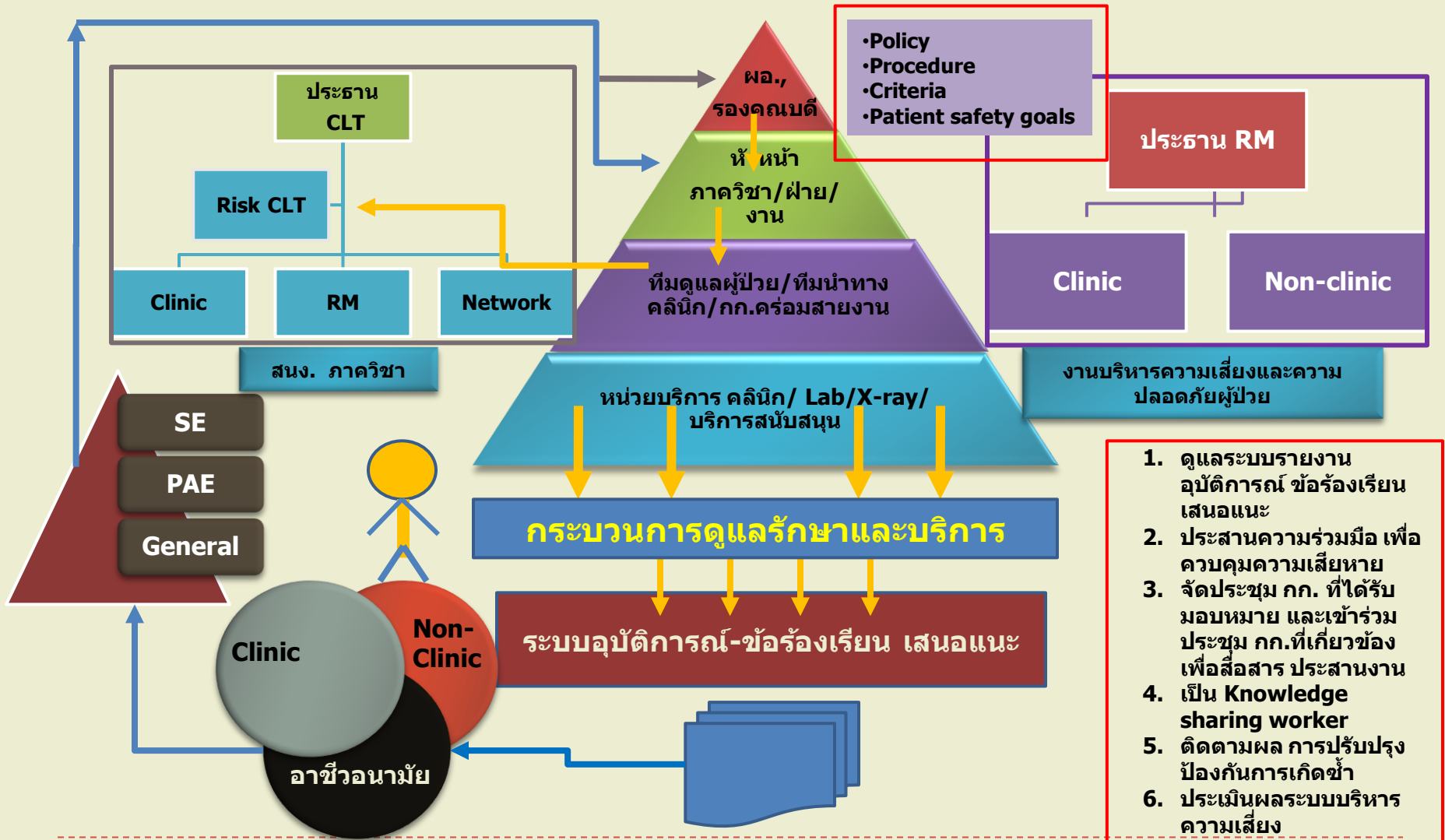
ความเข้าใจพื้นฐานที่ต้องมี

- ▶ โครงสร้างและเส้นทาง ระบบบริหารความเสี่ยง รายงาน
อุบัติการณ์ ขั้ร้องเรียน-เสนอแนะ
- ▶ องค์ประกอบกระบวนการบริหารความเสี่ยง
- ▶ ความสัมพันธ์ของคำที่เกี่ยวข้อง
- ▶ มาตรฐานระบบบริหารความเสี่ยง

-
- ▶ **Risk management tools : risk prevention**
 - ▶ **Risk Register & Risk Rating Matrix**



โครงสร้างและเส้นทาง ระบบบริหารความเสี่ยง รายงานอุบัติการณ์-ข้อร้องเรียน



1. ดูแลระบบรายงานอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียน เสนอแนะ
2. ประสานความร่วมมือ เพื่อควบคุมความเสียหาย
3. จัดประชุม กก. ที่ได้รับมอบหมาย และเข้าร่วมประชุม กก.ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสื่อสาร ประสานงาน
4. เป็น Knowledge sharing worker
5. ติดตามผล การปรับปรุง ป้องกันการเกิดซ้ำ
6. ประเมินผลระบบบริหารความเสี่ยง



กระบวนการบริหารความเสี่ยง

Risk Severity/prioritization

เรื่องไหนสำคัญ

Risk Identification

ค้นหาความเสี่ยง

- ศึกษาก่อนอดีต
- สำรวจในปัจจุบัน
- เฝ้าระวังไปข้างหน้า

เสี่ยงอะไร

ประเมินความเสี่ยง

ป้องกันอย่างไร

HFE, RCA, FMEA

แก้ไขอย่างไร

ประเมินผลระบบ

Risk Reduction

ควบคุมความเสี่ยง

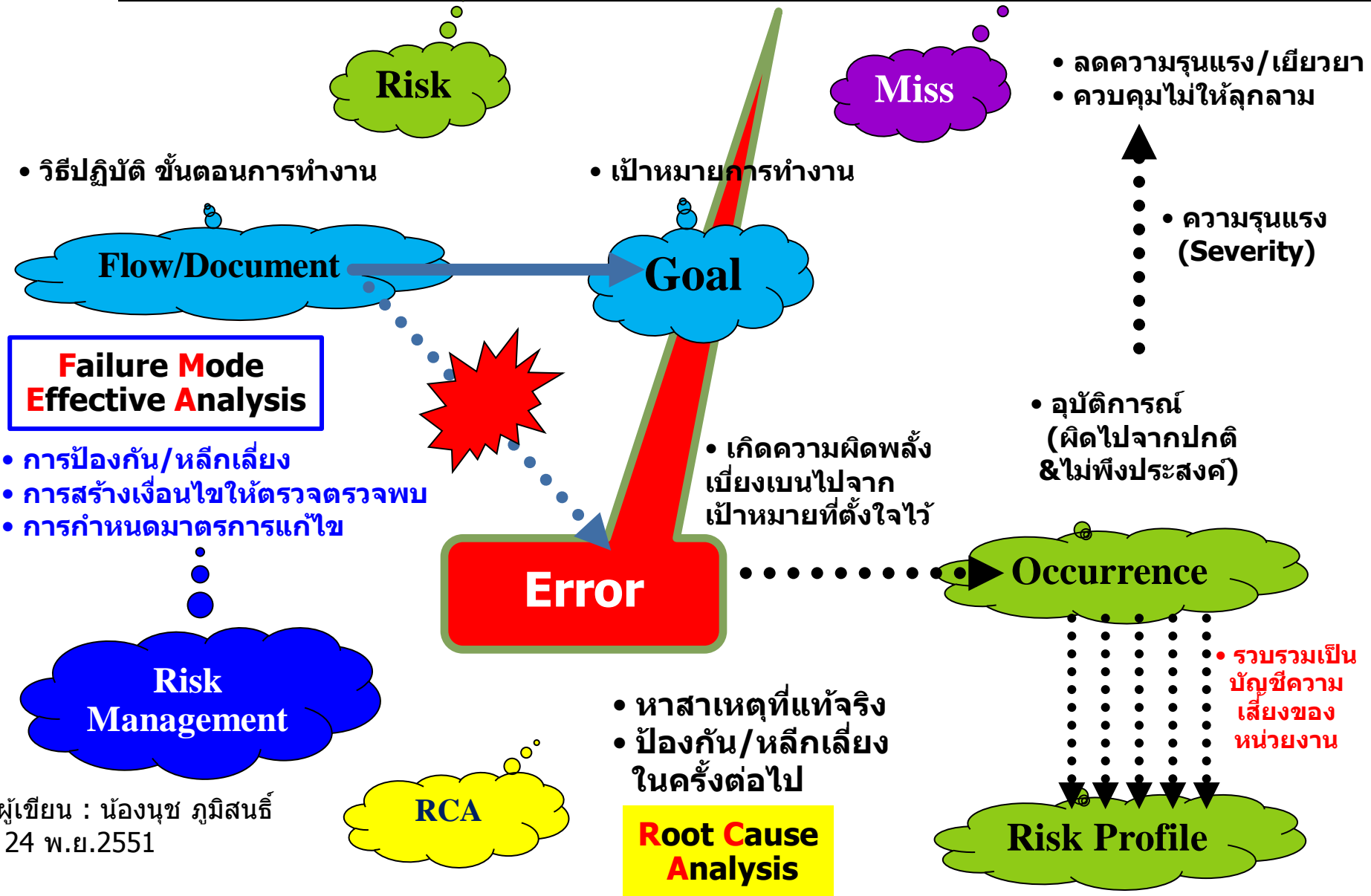
- หลีกเลี่ยง
- ป้องกัน
- ถ้าย้อน
- แบ่งแยก
- ลดความสูญเสีย
- การจ่ายเงินชดเชย

ชดใช้เท่าไร

Risk Monitoring/RM system evaluation

ระบบเราดีเพียงใด

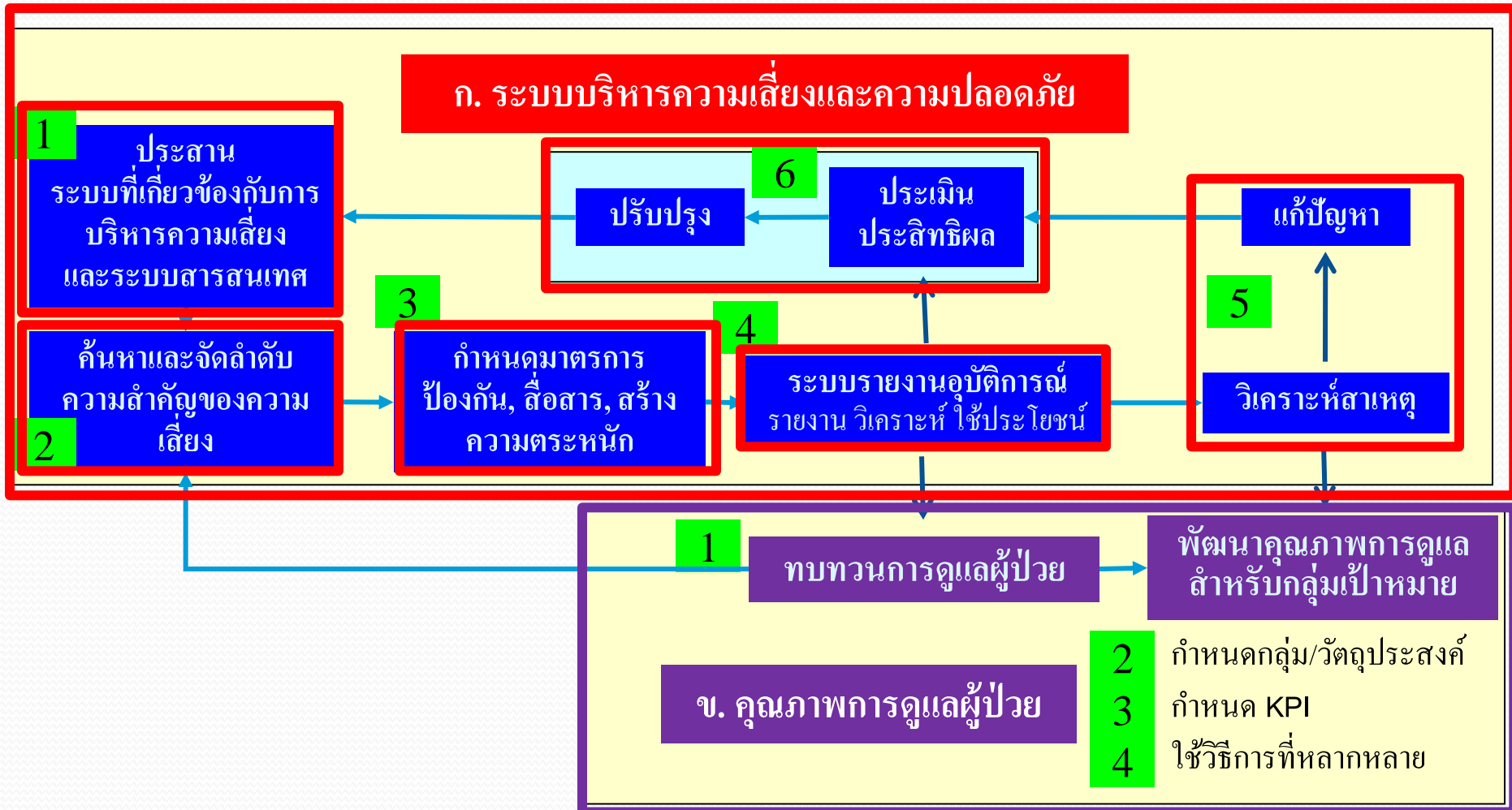
"ความเสี่ยง" โอกาสที่จะเกิด **ความผิดพลาด บาดเจ็บหรือความสูญเสีย**



ผู้เขียน : น้องนุช ภูมิสนธิ
24 พ.ย.2551

II – 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (Risk, Safety, and Quality Management System)

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้ง การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ





Tool 1. RISK IDENTIFICATION

การค้นหาความเสี่ยง

มากที่สุด = 5
น้อยที่สุด = 1

	วิธีการค้นหาความเสี่ยง	เคยใช้	คุณค่า
เรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น			
	บันทึกประจำวัน 1		
	รายงาน 2		
	เวชระเบียน 3		
	กิจกรรมทบทวนคุณภาพต่าง ๆ 4		
	คำร้องเรียนของผู้รับบริการ 5		
	สัมภาษณ์ 6		
	ระดมสมอง 7		
เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น			
	ค้นหาในวารสารหรือ internet 8		
	จากหน้าหนังสือพิมพ์ 8		
	การแลกเปลี่ยนกับเพื่อนร่วมวิชาชีพที่อยู่ รพ.อื่น 9		
วิเคราะห์ช่องโหว่ในการทำงานของเรา 10			
	สำรวจสิ่งแวดล้อม สังเกตการเคลื่อนไหวและปฏิสัมพันธ์ 10		
	วิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน (หรือประยุกต์ใช้ FMEA) 11		
เผื่อระวังไปข้างหน้า 12			
	รายงานอุบัติการณ์ 12		
	13		

กิจกรรมรายงานอุบัติการณ์เพื่อนำมาทำ Prioritization

- ▶ นึกถึงช่วงเวลาที่ผ่านมา ในการทำงานของเรา
เกิดเหตุการณ์ที่มีความผิดพลาด หรือ คลาดเคลื่อนอะไรบ้าง
- ▶ ให้เขียนบรรยายสรุปเหตุการณ์ มา 3 เหตุการณ์
 1. เหตุการณ์ที่ 1 ความผิดพลาดคลาดเคลื่อนนั้น เกิดจากตัวเราเอง
 2. เหตุการณ์ที่ 2 ความผิดพลาดคลาดเคลื่อนนั้น เกิดจากเพื่อนร่วมงานเราในหน่วยงานเดียวกัน
 3. เหตุการณ์ที่ 3 ความผิดพลาดคลาดเคลื่อนนั้น เกิดจากหน่วยงานอื่น

กิจกรรมรายงานอุบัติการณ์เพื่อนำมาทำ Prioritization

▶ หัวข้อที่เขียนประกอบด้วย

1. เกิดอะไรขึ้น
2. มีผลกระทบต่ออะไรหรือต่อใคร
3. ผลกระทบ รุนแรงมากหรือน้อย
4. เหตุการณ์เช่นนี้เกิดบ่อยหรือไม่บ่อย

▶ นำไปติดบนบอร์ดที่จำแนกไว้ 3 กลุ่ม

1. **Clinic**
2. **Non-Clinic**
3. **อาชีพอนามัย**

▶ แต่ละกลุ่มจำแนกเป็นหัวข้อย่อย แต่ละหัวข้อย่อยมีจำนวนอุบัติการณ์เท่าไร

▶ ข้อเรียนรู้ที่ได้

▶ หยิบ **Clinical** มานำเสนอโดยใช้วิธีการทางสถิติ เพื่อแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลของเราเสี่ยงอะไร เราจะเลือกเรื่องใดมาจัดการ

ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common clinical risk)

- เป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่ระบุกว้างๆ ในกระบวนการรักษา
- ไม่จำเพาะต่อโรคใดโรคหนึ่ง
- อาจพบร่วมในหลายคลินิกบริการ
- อาจใช้มาตรการเดียวกันในการป้องกันในภาพรวม
- นำไปสู่การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคได้
- พบในระยะแรกของการพัฒนา ในระยะถัดมาจะมีความนิ่ง และสามารถแก้ไขได้เป็นส่วนใหญ่ เช่น

- ความผิดพลาดในการสื่อสาร และการระบุตัวผู้ป่วย
- ความผิดพลาดของการวินิจฉัย
- ความผิดพลาดของการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาล
- ความผิดพลาดหรืออุบัติเหตุในการให้การรักษาพยาบาล
- อาการหรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหรือการทำหัตถการ
- อาการข้างเคียงจากการใช้ยา หรือการให้เลือด
- การติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลที่สำคัญทางคลินิก
- การละเลยในการให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific clinical risk)

⋮ เป็นความเสี่ยงเฉพาะตามกลุ่มโรค/หัตถการที่สำคัญ เช่น

Specific Clinical risk สตรี-นรีเวชกรรม

Disease/condition/procedure

clinical risk / AE/ complication

- Pregnancy induced hypertension
- Postpartum haemorrhage
- Labour
- Ectopic pregnancy

- Eclampsia / convulsion
- Hypovolemic shock
- Severe birth asphyxia
- Birth trauma
- Rupture uterine
- Rupture ectopic pregnancy

ระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุการณ (การบาดเจ็บ) = ผลกระทบ

ประเภท	0 (Insignificant)	I (Minor)	II (Moderate)	III (Major)	IV (Extreme)
ผู้ป่วย (ไม่ใช่ เรื่องยา)	<p>0-1</p> <p>(0) มีเหตุการณ์ที่อาจนำไปซึ่งการเกิดความคลาดเคลื่อนในการดูแลรักษาหรือบริการ</p> <p>(1) มีความคลาดเคลื่อนในการดูแลรักษาหรือบริการ แต่ไม่มีการบาดเจ็บ</p>	<p>2</p> <p>ผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อย ให้การปฐมพยาบาล ให้การรักษาเบื้องต้น เช่น ทำแผล ให้ยาแก้ปวด</p>	<p>3</p> <p>ผู้ป่วยบาดเจ็บปานกลาง ต้องให้การรักษาเพิ่มเติม เช่น ทำหัตถการขนาดเล็ก ให้ยารักษาหรือแก้ไขอาการ ต้องอยู่โรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ (ไม่ admit)</p>	<p>4</p> <p>ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง ต้องอยู่โรงพยาบาลเพื่อรักษา หรือ ทำหัตถการขนาดใหญ่ หรือ ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น หรือ ต้องย้ายไป Critical Care</p>	<p>5</p> <p>ผู้ป่วยเสียชีวิต</p>
ผู้ป่วย (ยา)	<p>A-B-C</p> <p>(A) มีเหตุการณ์ซึ่งมีโอกาที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน</p> <p>(B) เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย (C) เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ไม่ต้องทำการรักษา ไม่เกิดอันตราย</p>	<p>D</p> <p>(D) ต้องเฝ้าระวังอาการ ไม่เกิดอันตราย</p>	<p>E-F</p> <p>(E) ต้องให้การรักษาเพิ่มมากขึ้น เกิดอันตราย/พิการชั่วคราว</p> <p>(F) เกิดอันตราย/พิการชั่วคราว และต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น</p>	<p>G-H</p> <p>(G) ต้องให้การรักษาเพิ่มมากขึ้น เกิดความพิการถาวร</p> <p>(H) ทำการกู้ชีวิต/เกือบเสียชีวิต</p>	<p>I</p> <p>ถึงแก่ชีวิต</p>

ชื่อหน่วยงานรายงาน.....

ลำดับที่	เกิดอะไรขึ้น?	มีผลกระทบกับใคร หรืออะไร?	ผลกระทบแรงแค่ไหน?	เกิดบ่อยไหม?	ชื่อหน่วยงานที่ดูแลกระบวนการนี้

การประเมินโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ในอนาคต

Description	Code	มีค่า	Probability	May happen
Almost certain	E (expected)	(5)	1/10	
Likely, Frequent, probable	H (high)	(4)	1/100	Several times in 1 year
Possible, occasional	M (moderate)	(3)	1/1000	Several times in 1-2 year
Uncommon	L (Low)	(2)	1/10000	Sometime times in 2-5 year
Rare, Improbable, remote	NL (not likely)	(1)	<1/10000	Several times in 5-30 year

ตัวอย่าง “การประเมินผลการควบคุมอย่างง่าย”

- (5) ไม่มีกิจกรรมที่ควบคุม
- (4) มีการพิจารณาความเป็นไปได้ของการควบคุม แต่ยังไม่มีการปฏิบัติ
- (3) มีการปฏิบัติบางส่วน หรือบางหน่วยงาน
- (2) มีการปฏิบัติที่สมบูรณ์ในบางหน่วยงาน
- (1) มีการปฏิบัติสมบูรณ์ทั้งองค์กร

ประยุกต์จาก แบบประเมินตนเอง เรื่องระบบยาที่ปลอดภัย หน้า 265

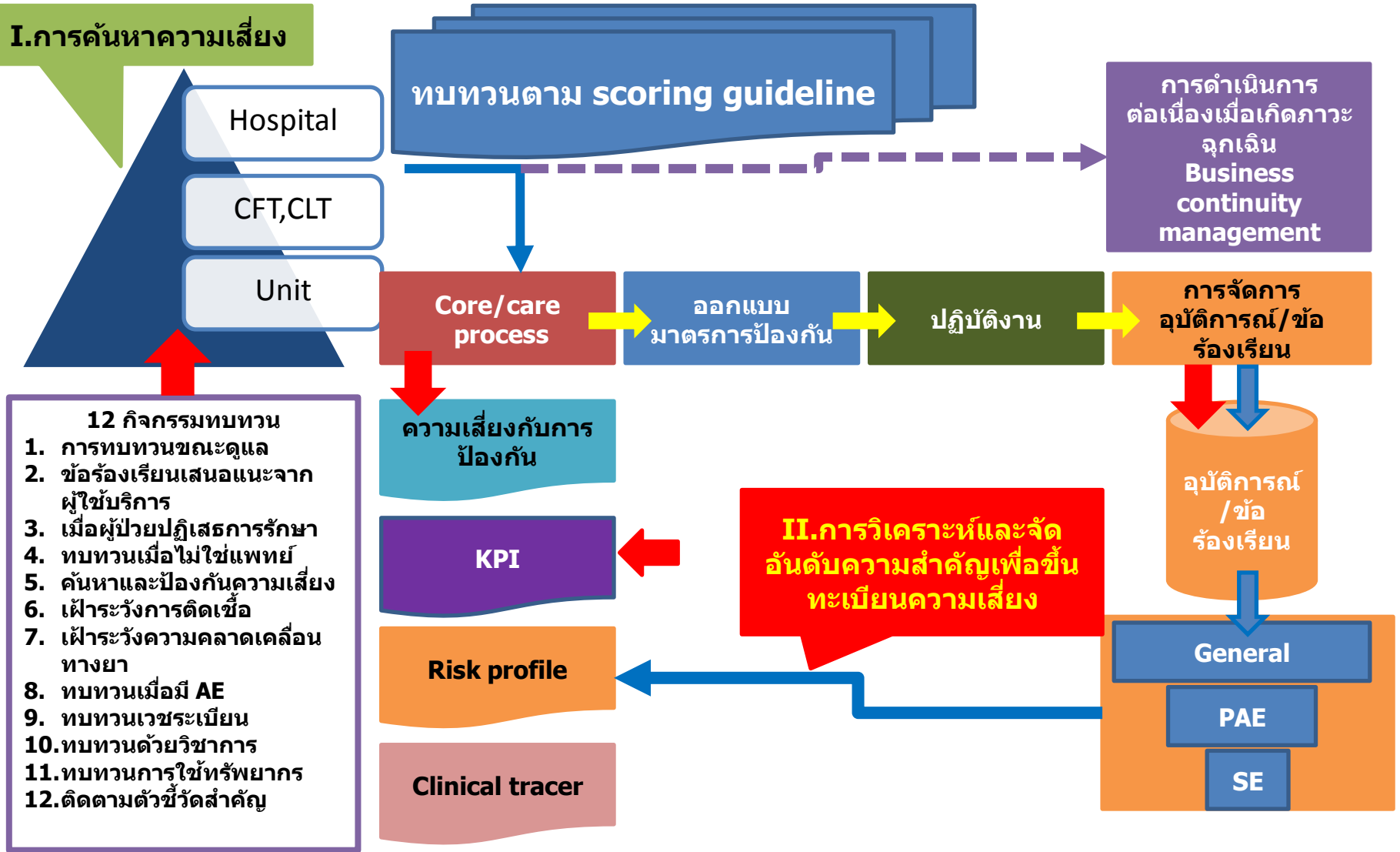
Control Effectiveness

Control effectiveness	Criteria
(1) Fully effective	<ul style="list-style-type: none"> • Risk being managed <u>effectively</u>, controls <u>well designed</u> and <u>address root cause</u> • <u>Only requires monitoring and review</u> of existing controls • Management <u>believe the controls are effective and reliable at all times</u>
(2) Partially effective	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Most controls</u> are designed correctly and effective. <u>Some existing controls require more work to improve</u> operating effectiveness • Management has <u>some concerns</u> about the effectiveness and reliability of some controls
(3) Ineffective	<ul style="list-style-type: none"> • Controls are designed correctly by addressing root cause, <u>but are not currently very effective, or</u> • <u>Some controls not well designed</u> as they <u>do not treat root cause</u>; there is too greater reliance on reactive controls • Management <u>believe not enough of the controls</u> are effective or reliable
(4) Totally ineffective	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Significant control gaps</u>; controls if they exist are reactive • <u>Either controls do not treat root cause</u> or they <u>do not operate</u> effectively • Management <u>believe the controls require significant improvement or new controls should be used</u>
(5) None	<ul style="list-style-type: none"> • <u>No reliable controls</u> are in place or available • Management has <u>no confidence that controls</u> are effective <u>due to poor control design and/or limited operating effectiveness</u>



สรุปกรอบแนวคิด การค้นหา และการขึ้นทะเบียนความเสี่ยง

I. การค้นหาความเสี่ยง



Tool 2. Risk Severity/prioritization

การจัดระดับความสำคัญของเหตุการณ์.

หลักการคือ การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมากและมีโอกาสเกิดบ่อย และจัดระดับลดหลั่นลงมา

Risk matrix ที่ง่ายที่สุด คือ การแบ่งความรุนแรงและโอกาสเกิดเป็น 2 ระดับ

โอกาสเกิด	ความรุนแรง	ความรุนแรง
	น้อย (1)	มาก (2)
บ่อย (2)	เกิดบ่อย รุนแรงน้อย ($2 \times 1 = 2$)	เกิดบ่อย รุนแรงมาก ($2 \times 2 = 4$)
ไม่บ่อย (1)	เกิดไม่บ่อย รุนแรงน้อย ($1 \times 1 = 1$)	เกิดไม่บ่อย รุนแรงมาก ($1 \times 2 = 2$)

แนวคิดการจัดกลุ่มความเสี่ยงจาก Risk matrix

(5)	5x1=5	5x2=10	5x3=15	5x4=20	5x5=25
(4)	4x1=4	4x2=8	4x3=12	4x4=16	4x5=20
(3)	3x1=3	3x2=6	3x3=9	3x4=12	3x5=15
(2)	2x1=2	2x2=4	2x3=6	2x4=8	2x5=10
(1)	1x1=1	1x2=2	1x3=3	1x4=4	1x5=5
	Insignificant	minor	moderate	major	extreme

การจัดระดับความสำคัญของเหตุการณ์

▶ อังกฤษ แบ่งเป็น 4 ระดับ

เขียว = Very Low Risk

เหลือง = Low Risk

ส้ม = Moderate Risk

แดง = High Risk

▶ อเมริกา แบ่งเป็น 3 ระดับ

1 = Lowest Risk

2 = Intermediate Risk

3 = Highest Risk



Risk Register & Risk Rating Matrix

RISK RATING MATRIX

ระดับความเสี่ยง (Risk level)

		CONSEQUENCE				
		Insignificant	Minor	Moderate	Major	Catastrophic
LIKELIHOOD	Almost Certain	Low	Significant	High	High	High
	Likely	Low	Significant	Significant	High	High
	Possible	Low	Low	Significant	High	High
	Unlikely	Very Low	Low	Significant	Significant	Significant
	Rare	Very Low	Very Low	Low	Low	Significant





Risk Register & Risk Rating Matrix

ACTION LEVELS

Once the level of risk has been assessed an appropriate “action level” should be established within the organisation.

TABLE C – RISK ACTION LEVEL

Risk Level	Action Level
Very Low	Department / Unit or Team
Low	Department / Unit
Significant	Directorate
High	Senior Management Team / Board



การให้ระดับความเสี่ยง (Risk level)

		Potential severity of harm		
		Slightly Harmful 1	Harmful 2	Extremely Harmful 3
Likelihood of harm occurring	Highly unlikely 1	Trivial 1	Tolerable 2	Moderate 3
	Unlikely 2	Tolerable 2	Moderate 4	Substantial 6
	Likely 3	Moderate 3	Substantial 6	Intolerable 9

แผนผังประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment Matrix)

Risk Assessment Matrix		ความเป็นไปได้				
		ต่ำมาก / น้อยมาก	ต่ำ / น้อย	ปานกลาง	สูง / ปานกลาง	สูงมาก / ปานกลางมาก
		1	2	3	4	5
ผลกระทบ / ความรุนแรง	สูงมาก / หารณะ	5	10	15	20	25
	สูง / วิกฤต	4	8	12	16	20
	ปานกลาง	3	6	9	12	15
	ต่ำ / น้อย	2	4	6	8	10
	ไม่เป็นสาระสำคัญ / น้อยมาก	1	2	3	4	5

ระดับของความเสี่ยง

RISK ASSESSMENT MATRIX

		Probability				
		Frequent A	Likely B	Occasional C	Seldom D	Unlikely E
Severity						
Catastrophic	I	E	E	H	H	M
Critical	II	E	H	H	M	L
Marginal	III	H	M	M	L	L
Negligible	IV	M	L	L	L	L

E-Extremely High H-High M-Moderate L-Low

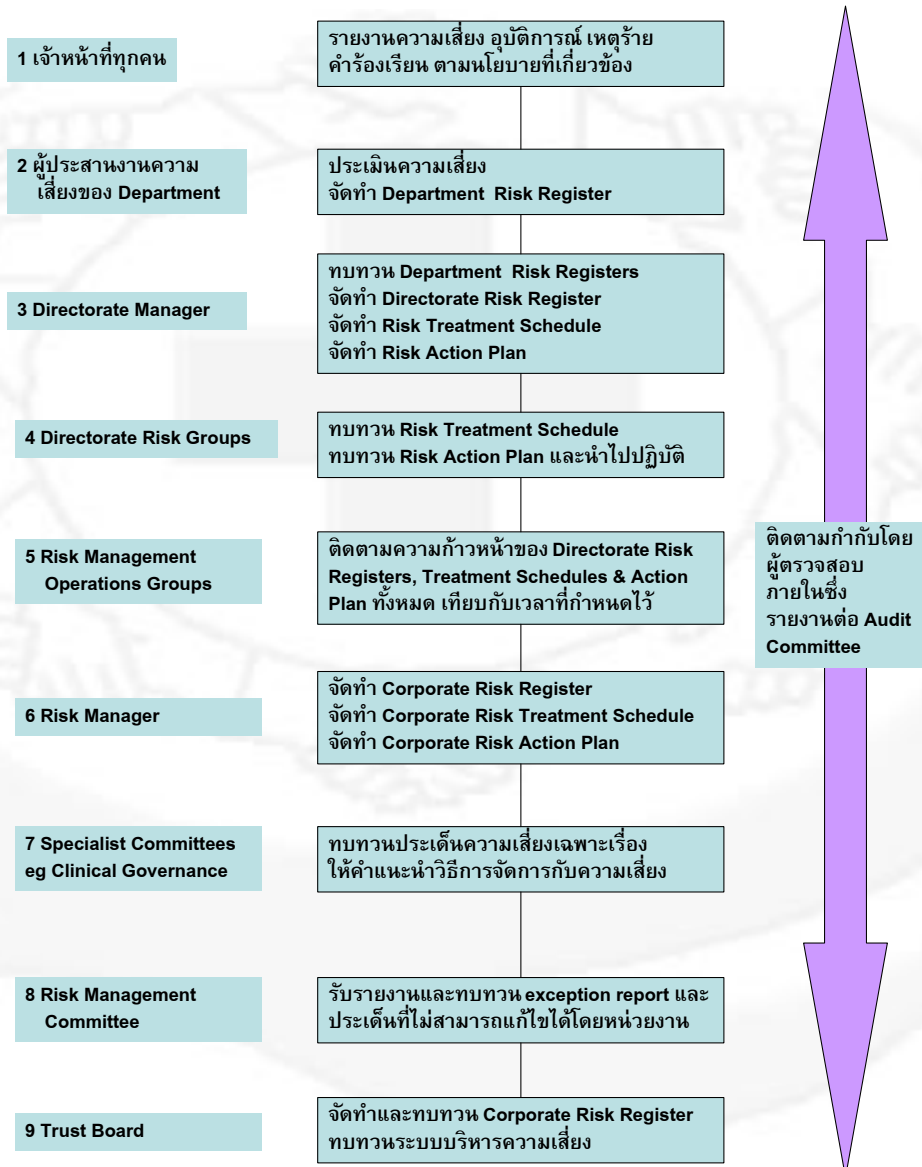


Risk Register & Risk Rating Matrix

1. การค้นหาความเสี่ยงที่ครอบคลุม ควรดำเนินงานแบบกระจายความรับผิดชอบให้หน่วยงานและระบบงานต่าง ๆ
2. การติดตามการตอบสนองต่อความเสี่ยงที่มีความสำคัญสูง ควรใช้วิธีการรวมศูนย์
3. การจัดกลุ่มของความเสี่ยง ควรคำนึงถึงโอกาสหรือความถี่ที่จะเกิดขึ้น และผลกระทบที่ตามมาเมื่อเกิดอุบัติการณ์ การจัดกลุ่มนี้จะมีความสำคัญว่าการตอบสนองต่ออุบัติการณ์นั้นควรเกิดขึ้นในระดับใด
4. การลงทะเบียนหรือขึ้นบัญชีความเสี่ยงที่ค้นหาได้ จะทำให้มีการติดตามการตอบสนองต่อความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ



Risk Register & Risk Rating Matrix



Risk Register & Risk Rating Matrix



1 เจ้าหน้าที่ทุกคน

รายงานความเสี่ยง อุบัติการณ์ เหตุร้าย
คำร้องเรียน ตามนโยบายที่เกี่ยวข้อง

2 ผู้ประสานงานความ
เสี่ยงของ Department

ประเมินความเสี่ยง
จัดทำ Department Risk Register

3 Directorate Manager

ทบทวน Department Risk Registers
จัดทำ Directorate Risk Register
จัดทำ Risk Treatment Schedule
จัดทำ Risk Action Plan

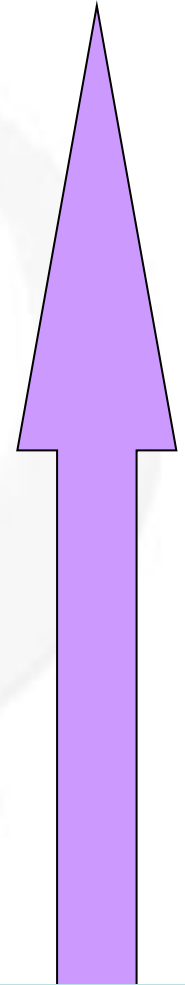
4 Directorate Risk Groups

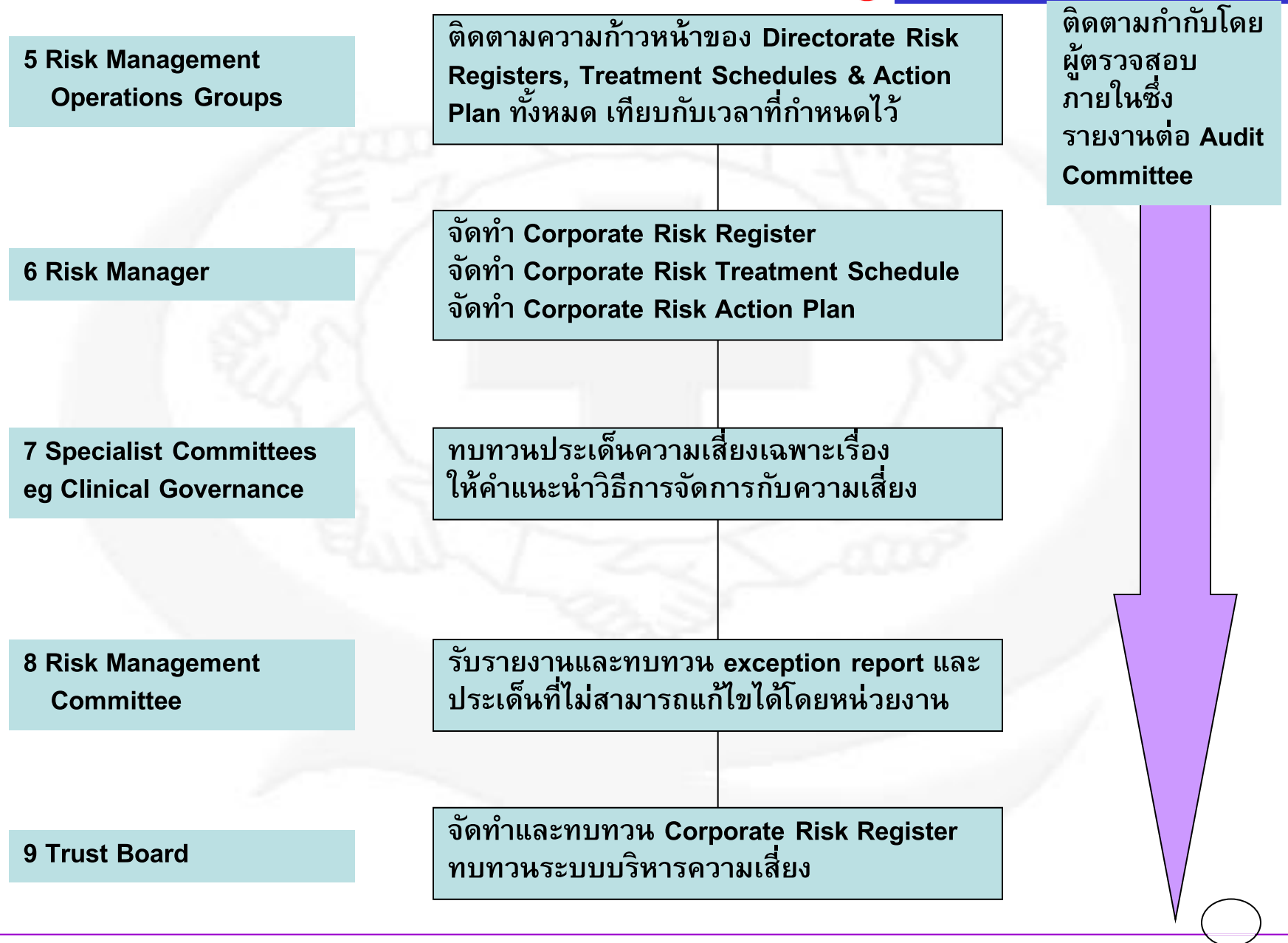
ทบทวน Risk Treatment Schedule
ทบทวน Risk Action Plan และนำไปปฏิบัติ

5 Risk Management
Operations Groups

ติดตามความก้าวหน้าของ Directorate Risk
Registers, Treatment Schedules & Action
Plan ทั้งหมด เทียบกับเวลาที่กำหนดไว้

ติดตามกำกับโดย
ผู้ตรวจสอบ
ภายในซึ่ง
รายงานต่อ Audit





อย่าลืมว่าเรา “ประเมินความเสี่ยง (Risk assessment)” ทำไม ?



มาตรฐาน	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	ทีมงานที่เกี่ยวข้อง
<p style="text-align: center;">S</p> <p>(2)</p> <p>มีการ<u>ค้นหา</u>ความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ</p> <p><u>จัดลำดับความสำคัญ</u>เพื่อกำหนดเป้าหมาย<u>ความปลอดภัย</u>และ<u>มาตรการป้องกัน</u></p>	<p>กำหนดแนวทางในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงเพื่อให้หน่วยงาน ทีมงาน และคณะกรรมการในระดับต่างๆ ใช้ปฏิบัติ</p>	<p>ทำความเข้าใจเรื่องการค้นหาความเสี่ยง</p>
<p style="text-align: center;">A</p>	<p style="text-align: center;">P</p> <p>รวบรวมความเสี่ยงที่สำคัญจากส่วนย่อยต่างๆ มาประมวลผลเป็นภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาลและจัดลำดับความสำคัญ</p>	<p>นำความเสี่ยงที่วิเคราะห์ได้มาจัดทำ Risk Profile ซึ่งเป็นการนำเสนอภาพรวมของความเสี่ยง ซึ่งอาจมีได้หลายรูปแบบ</p>
<p>ภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่จัดลำดับความสำคัญเพื่อการสื่อสารใน รพ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) แสดง risk profile หรือ risk matrix 2) วิเคราะห์ลักษณะการกระจาย แนวโน้มของความเสี่ยงและอุบัติการณ์ต่างๆ นำเสนอด้วยแผนภูมิเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้ง 		

1. กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน



Patient Safety Goals / Guides : SIMPLE

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
Tackling antimicrobial resistance
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, Catheter

Mis-connection

Emergency Response

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



2.การใช้ประโยชน์ Risk matrix เพื่อการตัดสินใจ

ทำ RCA

- ▶ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็น High risk จะพิจารณาว่า
 - ▶ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดผลกระทบ ต่อผู้ป่วยแล้ว ให้ทำ RCA
 - ▶ ถ้าเป็นเหตุเกือบพลาด (Close all หรือ Near miss) การทำ RCA เป็น optional
- ▶ ถ้าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นเป็น Low risk หรือ Intermediate risk ให้ดำเนินการตามความเหมาะสม

ทำ FMEA

- ▶ ถ้าอันตรายนั้นมีความรุนแรงและมีโอกาสเกิดสูงจนได้คะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป (High risk)
- ▶ โดยให้พิจารณาว่ามีมาตรการควบคุมที่ได้ผลอยู่หรือไม่
- ▶ แม้คะแนนจะต่ำกว่า 8 แต่ถ้าเกิดความบกพร่องที่จุดนั้นแล้ว จะทำให้ระบบล้มเหลว กรณีนี้ให้พิจารณา ดำเนินการเช่นเดียวกันกับคะแนน ตั้งแต่ 8 ขึ้นไป



ประเด็นสำคัญในระบบบริหารความเสี่ยง

Patient Safety Goals

เป้าหมายความปลอดภัยที่เชิงรุกให้ปฏิบัติอย่างจริงจังและติดตามผล

Safety Culture & Awareness

Safety brief
PSL Walkround
Simulation

- การสร้างวัฒนธรรมใหม่ของการเปิดใจไม่กลัวโทษ
- มุ่งประโยชน์ขนาดคน
- ปรับปรุงระบบด้วยความเข้าใจในธรรมชาติของคน



Quality Review

Risk Identification

Risk Prevention

Documentation Reporting System

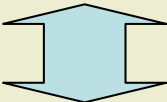
Critical Incident Management

Coverage
Clinical risk

Appropriateness
Compliance

Coverage
Use of information

Timeliness & appropriateness
Communication



RCA

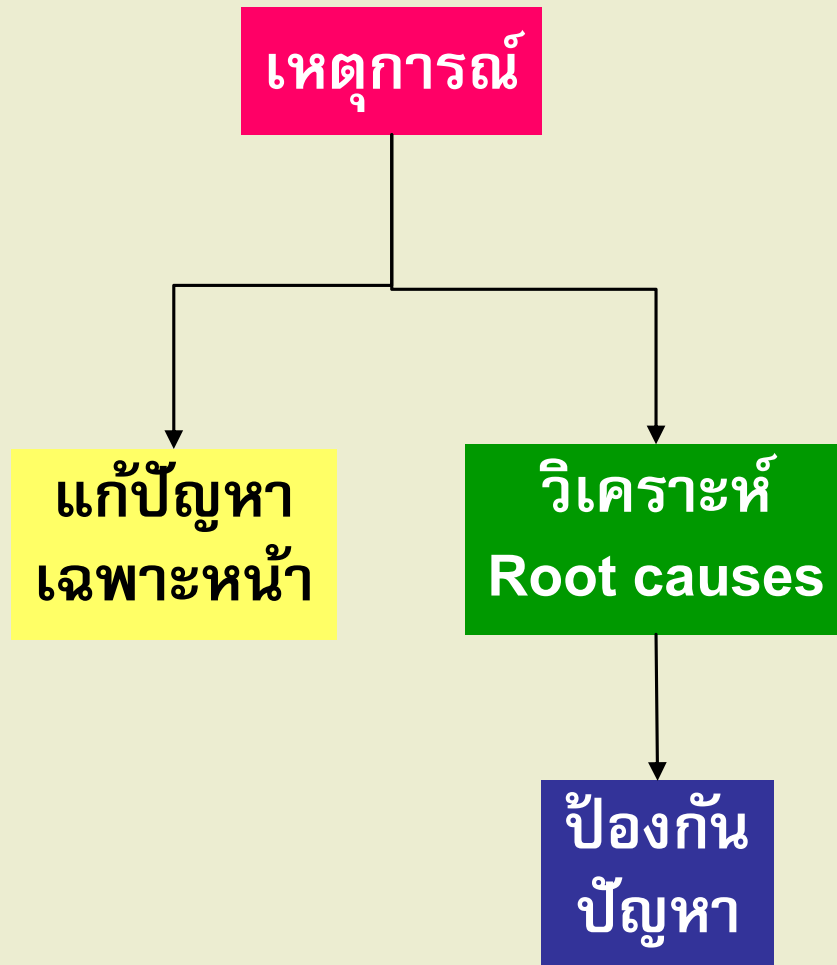
Information, Monitoring, Evaluation

Risk Profile
Trend of incident
Efficiency of RM system

Risk management process & tools : RCA



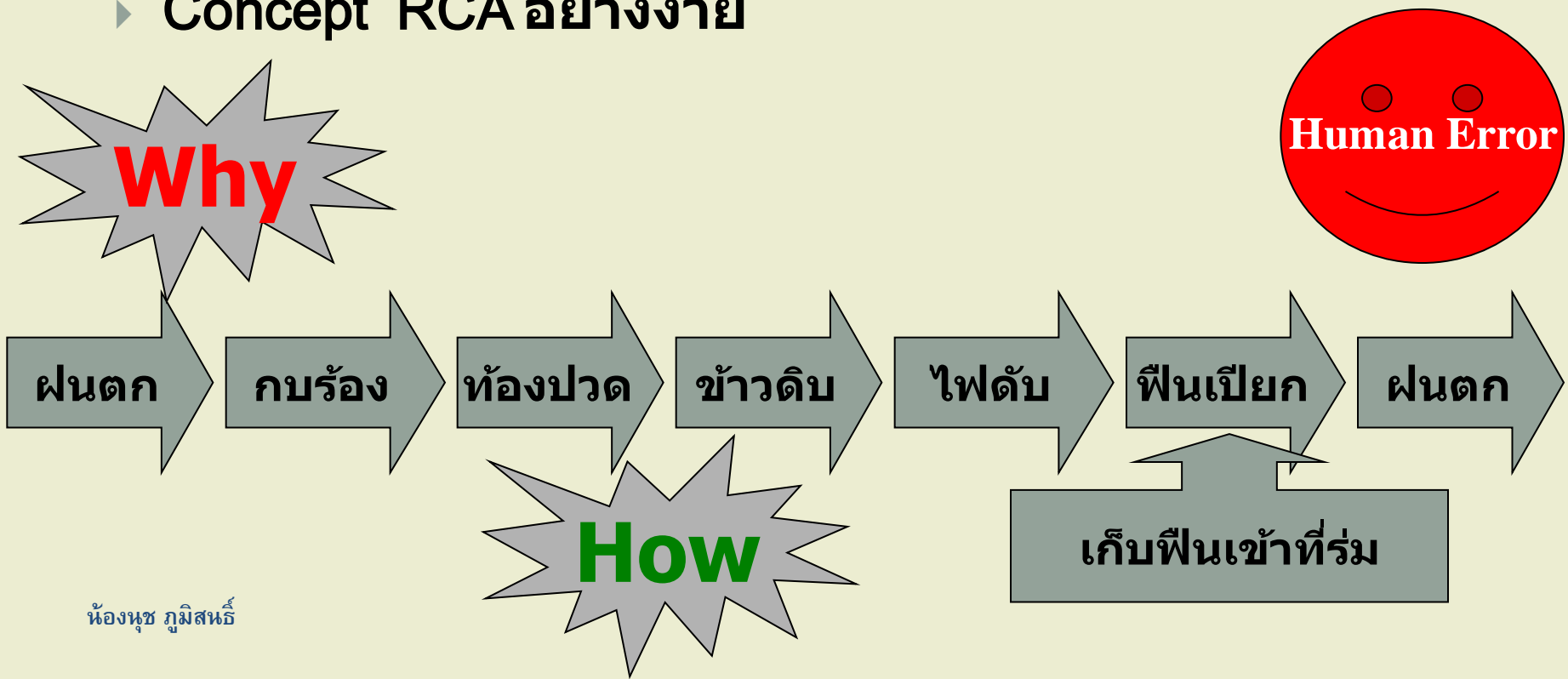
Tool.3 Root Cause Analysis



- การแก้ปัญหาที่ยั่งยืนจะต้องแก้ไขที่ปัจจัยที่เป็นสาเหตุรากของปัญหา
- การทำ RCA อาจทำได้หลายแนวทาง ตั้งแต่แนวทางที่เรียบง่าย ไปถึงแนวทางที่ซับซ้อน

RCA คืออะไร ?

- ▶ การวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง หรือสาเหตุรากของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นๆ เพื่อขจัดสาเหตุที่แท้จริงหรือสาเหตุรากนี้ให้หมดไป
- ▶ Concept RCA อย่างง่าย



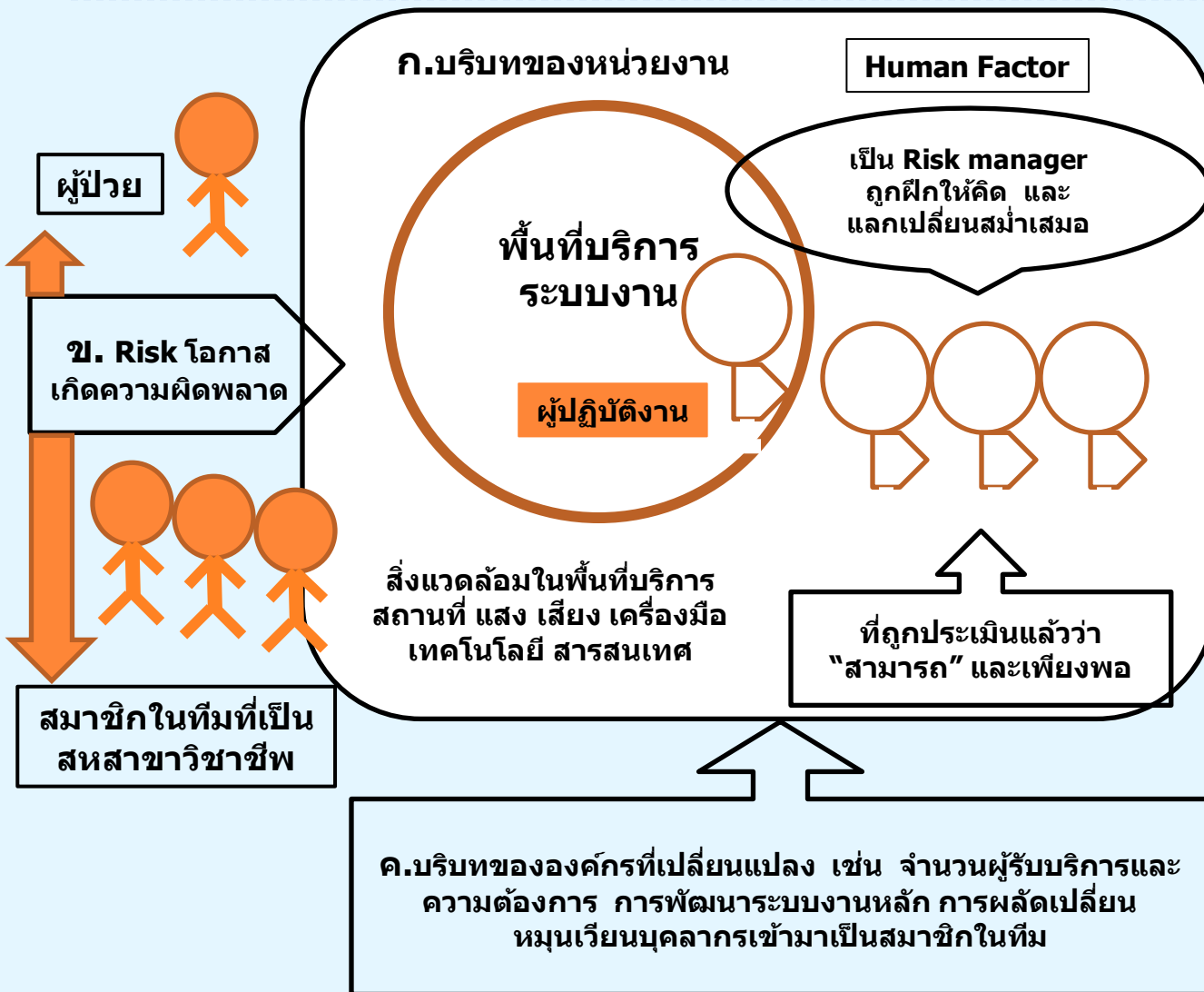
ฝนตก = Human Error เป็นเรื่องธรรมชาติ! ห้ามไม่ได้



- ▶ Human Error จึงไม่ใช่สาเหตุราก
จึงต้องยึดหลัก **ออกแบบวิธี
ปฏิบัติ** ที่ทำให้เห็นความผิดพลาด
ก่อนที่จะส่งผลถึงผู้ป่วยหรือ
ผู้รับบริการ
- ▶ รวมทั้งการ**วางระบบงาน จัดสรร
ทรัพยากร และจัดสิ่งแวดล้อม** ให้
เหมาะสมกับการทำงาน เพื่อให้
คนมีความสุขกับการทำงาน

บทบาทของผู้นำในการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

Leadership



1. Assessment and re-assessment risk by understanding human factors

2. Set Risk priority

3. Plan to reduce and implement

4. Immediate damage control if critical incident happens

5. Implement PSG

6. Create safety culture

7. Monitor and evaluate how well of implement RM & PSG

ป้องกัน และควบคุมความเสียหายมิให้ลุกลาม : Timeliness and Appropriateness and Communication

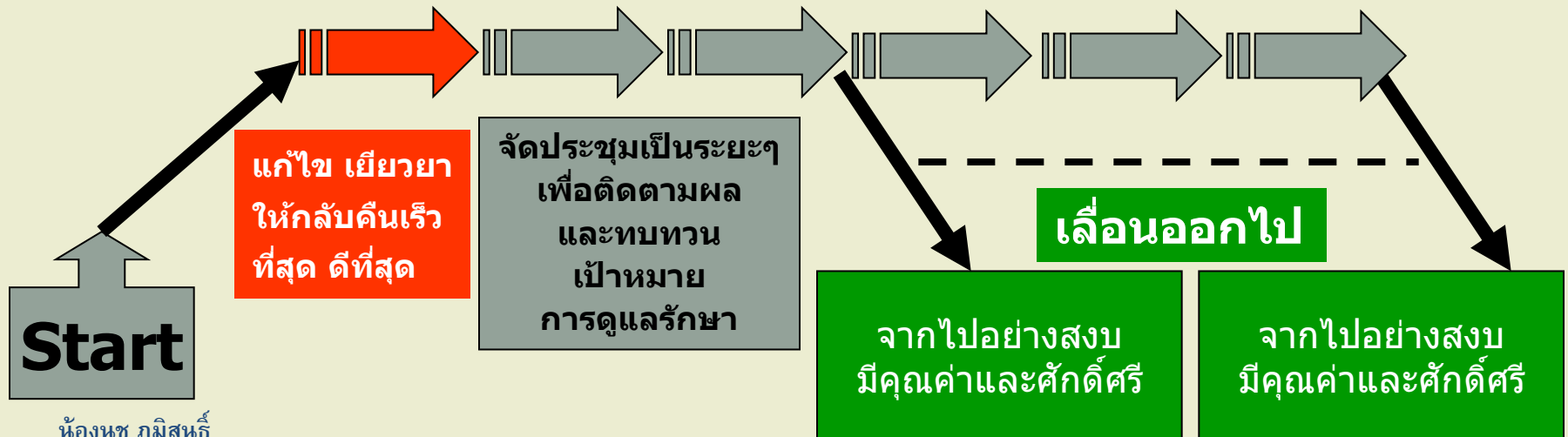
ผู้เขียน : น้องนุช ภูมิสนธิ 24 พ.ย.2551

จัดประชุมทันที (RCA อย่างง่าย) เพื่อ

- วางแผนการรักษา
- หาเป้าหมายร่วมกัน
- สรุปสิ่งที่จะแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบ
ให้ทีมที่ดูรักษารับรู้ตรงกัน
- มอบหมาย contact person
กับผู้ป่วยและญาติ

ประเมิน

- การรับรู้ ความเข้าใจต่อเหตุการณ์
- ความสงบ การรับฟังเหตุผล
- รับรู้ว่าเราให้การดูแลรักษาอย่างดีที่สุด
- เราได้ทำดีที่สุดแล้ว แม้จะฟ้องเราภายหลัง
เราก็ OK



Why ?

**Occurrence
PAE/SE**

RCA

- เกิดอะไรขึ้น
- ทำไมจึงเกิด
- ต้องทำอะไรเพื่อมิให้เกิดอีก

Identification

1. ได้รับข้อมูลรอบด้าน

2. รู้สาเหตุรากของปัญหา

เป็นสิ่งที่ป้องกันไม่ได้ Un-Prevent

- การวินิจฉัยแยกโรค
- การบันทึก
- การอธิบาย ทำความเข้าใจกับผู้เสียหาย

3. เห็นสิ่งที่ต้องปรับปรุงอย่างเป็นระบบ

การป้องกันการเกิดซ้ำ

=

การปรับกระบวนการดูแลรักษา/ระบบ

เป็นสิ่งที่ป้องกันได้ Prevent

- สาเหตุเฉพาะ

**แก้ไขทันที
ป้องกันการเกิดซ้ำ**

- สาเหตุเชิงระบบ/องค์กร
CLT / รพ.

How ?

เหตุการณ์ประเภทใดจึงทำ RCA

เหตุการณ์สำคัญ	ผลลัพธ์	การจัดการ
Sentinel Event	รุนแรง	<ul style="list-style-type: none">👉 ลดผลกระทบทันที👉 ส่งรายงานภายใน 6 ชม.👉 <u>ต้องป้องกันการเกิดซ้ำ</u>
Potential Adverse Event	ไม่รุนแรง High risk	<ul style="list-style-type: none">👉 <u>ต้องป้องกันการเกิดซ้ำ</u>
Event	ไม่รุนแรง	<ul style="list-style-type: none">👉 ผู้บริหารรับทราบ👉 แก้ไข ป้องกัน

Sentinel Events

A sentinel event is **an unexpected occurrence involving death or serious physical or psychological injury, or the risk thereof.**

Serious injury specifically includes loss of limb or function.

Sentinel Events

The phrase, “or the risk thereof” includes any process variation for which a recurrence would carry a significant chance of a serious adverse outcome.

Such events are called “sentinel” **because they signal the need for immediate investigation and response.**

ศาลพิพากษาศาลจังหวัดพระโขนง เมื่อวานนี้ จะเป็นการพลิกวิถีชีวิตของเด็กพิการไทยครั้งสำคัญ

หลังนายวอลเตอร์ ลี สัญชาติมาเลเซีย เซฟชื่อดัง ได้ต่อสู้มาอย่างยาวนานกว่า 3 ปี เพื่อร้องหาความยุติธรรมให้กับครอบครัว จากกรณีที่น้องชาย บุตรชายคลอดออกมามีความพิการแขนขาและขาทั้งสองข้างขาด ทั้งๆ ที่คณะแพทย์ยืนยันผลอัลตราซาวด์ขณะอยู่ในครรภ์ว่าเด็กสมบูรณ์และแข็งแรงดี

คดีนี้ นางประภาพร แซ่จิ่ง และด.ช.ไชเคอ ลี หรือน้องชาย อายุ 3 ขวบ บุตรชายของนายวอลเตอร์ ลี ได้เป็นโจทก์ยื่นฟ้องบริษัท โรงพยาบาล [redacted] แพทย์สูตินรีเวช และพญ. [redacted] พาณิชย์ แพทย์รังสีวิทยา เป็นจำเลย ฐานละเมิด เรียกค่าเสียหาย 390,966,293 บาท



ศาลที่เคราะห์แล้วเห็นว่า มูลเหตุที่นาง ประภาพรนำคดีมาฟ้องนั้น มาจากการอัลตราซาวด์ที่ [redacted] ได้ตรวจดูถึงความพิการของน้องชายขณะอยู่ในครรภ์ ทั้งที่ต้องบอกกล่าวให้ทราบตั้งแต่เมื่อวันที่ 9 พ.ค. 2549 ขณะที่นางประภาพรตั้งครรภ์ได้ 4-5 เดือน โดย [redacted] ส่งตัวนางประภาพรไปให้ พญ. [redacted] อัลตราซาวด์ ใช้เวลาตรวจนาน 5-10 นาที แล้วระบุว่าบุตรในครรภ์สมบูรณ์ดีทุกประการ หลังจากนั้นไม่มีการตรวจซ้ำอีก

จนกระทั่งน้องชายคลอดออกมามีความพิการแขนขา และขาทั้งสองข้างขาด ไม่มีเข้าสะโพก ศาลเห็นว่าจากบันทึกเวชระเบียนนางประภาพร ตั้งแต่วันที่ 20 ก.พ. 2549 กระทั่งคลอดบุตร ไม่ระบุถึงความพิการของทารกในครรภ์ จึงฟังได้ว่า [redacted] ไม่เคยอธิบายผลดีผลเสียของบุตรในครรภ์ให้นางประภาพรทราบ จึงไม่ทราบถึงความพิการของทารกในครรภ์ ทั้งที่แพทย์ทั้งสองควรตรวจถึงความพิการของทารกในครรภ์ เพื่อแจ้งให้นางประภาพรมีสิทธิที่จะตัดสินใจว่าจะรักษาอย่างไร ซึ่งแพทย์มีหน้าที่บอกอธิบายวิธีการรักษา

แพทย์ทั้งสองจึงต้องรับผิดชอบประมาทเส้นเลือดละเว้นปฏิบัติหน้าที่ที่ต้องระวัง ละเมิดต่อโจทก์ทั้งสอง อีกทั้งการยุติครรภ์ในกรณีที่ไม่วิถีชีวิตสามารถทำได้ตามมติของแพทย์สภา ทั้งนี้ขึ้น อยู่กับตัวผู้ป่วยและคำแนะนำของแพทย์ ดังนั้นโรงพยาบาล [redacted] จึงต้องร่วมรับผิดชอบ

ทั้งนี้ ศาลกำหนดค่าเสียหายที่จำเลยทั้งสามต้องร่วมกันชดเชย แบ่งเป็นค่าเสียหายทางจิตใจของนางประภาพร 1 ล้านบาท ค่าเสียหายจากการขาดรายได้ 1 ล้านบาท ค่าจ้างคนเลี้ยงดูน้องชาย 3 ล้านบาท ค่าอุปกรณ์ที่ช่วยให้น้องชายสามารถพยุงตัวยืนได้และต้องเปลี่ยนไปตามวัย 5 ล้านบาท ค่ารักษาผ่าตัดในอนาคด 1 ล้านบาท ค่ารักษาทางจิตใจต่อ น้องชาย 1 ล้านบาท

สำหรับค่าสินไหมทดแทนที่ศาลกำหนดนั้นไม่เต็มจำนวนตามที่โจทก์ฟ้อง เนื่องจากการกระทำการละเมิดของจำเลยทั้งสามไม่ได้มีเจตนาร้าย ไม่ได้ส่อไปในทางเป็นอาชญากรรม จึงให้จำเลยทั้งสามร่วมกันชดเชยเงินรวมจำนวน 12 ล้านบาท แก่โจทก์ พร้อมดอกเบี้ยอัตราร้อยละ 7.5% นับตั้งแต่วันฟ้อง

วอลเตอร์ ลี กล่าวว่า ศาลพิพากษาของศาลถือเป็นชัยชนะของประชาชน และรู้สึกดีใจที่สิทธิของคนไข้ได้รับการเยียวยา จากนั้นไปก็หวังว่าโรงพยาบาลและแพทย์จะดูแลคนไข้ให้ดีขึ้น

“ผมควรจะได้รับข้อเท็จจริงตั้งแต่สัปดาห์ที่ 18 ของการตั้งครรภ์ว่าลูกเป็นอย่างไร เพื่อผมจะได้เตรียมใจรับกับสถานการณ์ ซึ่งครั้งแรกก็เห็นลูกคลอดออกมาผมรู้สึกช็อก” วอลเตอร์ ลี กล่าว

วอลเตอร์ ลี เล่าว่า หลังเกิดเหตุการณ์นี้กับครอบครัวก็ได้พาน้องชาย ไปรักษาตัวที่ประเทศเยอรมนี เพราะแพทย์ในประเทศไทยพูดตรงกันว่าต้องรอให้เด็กโตก่อนจึงจะรักษาได้ ทั้งที่ความจริงแล้วเมื่อเกิดปัญหาขึ้น สามารถแก้ไขปัญหานั้น ได้ในทันที เช่นเดียวกับกรณีน้องชายที่แพทย์ประเทศเยอรมนี สามารถหาขาเทียมทั้งที่น้องชาย ยังไม่มีเข้าสะโพกได้ แม้จะหมดเงินไปนับล้านบาท ก็ตาม

“ประเทศไทยมีศักยภาพที่จะสร้างขาเทียมสำหรับเด็กแรกคลอดที่ช่วยในการพยุงตัวได้ในราคาถูกกว่า ที่ผ่านมาได้ขอความร่วมมือจากแพทย์ประเทศเยอรมนี ให้เดินทางมาให้ความรู้กับแพทย์คนไทย โดยแพทย์เยอรมนี ยินดีที่จะสอนให้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย มูลนิธิชาย มูฟเมนท์ จึงเป็นเหมือนสะพานเชื่อมระหว่างแพทย์ไทยให้ได้เรียนรู้การรักษาจากแพทย์ของประเทศเยอรมนี เชื่อว่าจะเกิดประโยชน์ต่อเด็กพิการตั้งแต่กำเนิดอีกจำนวนมากในประเทศรวมไปถึงในแถบภูมิภาคนี้” วอลเตอร์ ลี กล่าว

ด้านนพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา เปิดเผยว่า แพทย์ที่ประกอบวิชาชีพผู้สักรักรังโรคเรื่องการถูกผู้ป่วยฟ้องร้องมานานแล้ว ไม่ใช่เพียงเกิดขึ้นเมื่อศาลมีคำพิพากษาให้โรงพยาบาลปารุงราษฎร์ชด ใช้เงินจำนวน 12 ล้านบาท ให้กับนายวอลเตอร์ ลี บิดาของน้องชายที่พิการตั้งแต่กำเนิด ซึ่งจากนี้ไปก็คงจะต้องมีการเข้มงวดในขั้นตอนการประกอบวิชาชีพ

ด้านนพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา เปิดเผยว่า แพทย์ที่ประกอบวิชาชีพผู้สักรักรังโรคเรื่องการถูกผู้ป่วยฟ้องร้องมานานแล้ว ไม่ใช่เพียงเกิดขึ้นเมื่อศาลมีคำพิพากษาให้โรงพยาบาล [redacted] ชด ใช้เงินจำนวน 12 ล้านบาท ให้กับนายวอลเตอร์ ลี บิดาของน้องชายที่พิการตั้งแต่กำเนิด ซึ่งจากนี้ไปก็คงจะต้องมีการเข้มงวดในขั้นตอนการประกอบวิชาชีพตามมาตรฐานวิชาชีพให้มากยิ่งขึ้น รวมถึงการสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ป่วยให้เข้าใจมากขึ้น ปัญหาเรื่องการฟ้องร้องก็จะลดลง

นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน กล่าวว่า ปกติการดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพก็ดำเนินการตามมาตรฐานของวิชาชีพ อาทิ แพทย์ทั่วไปก็ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม แพทย์เฉพาะทางก็ได้วุฒิบัตร ซึ่งถือว่าเป็นมาตรฐานเป็นข้อกำหนดอยู่แล้ว

“ส่วนการป้องกันการทำฟ้องร้องแพทย์ในสถานพยาบาลเอกชนด้วยการทำหนังสือยินยอมของผู้ป่วยไม่ให้ฟ้องร้องได้นั้น สมาคมไม่มีแนวความคิดดังกล่าว ทั้งนี้เป็นเรื่องที่ฝ่ายกฎหมายจะตีความ ส่วนตัวไม่อยากจะให้ความเห็น” นพ.เอื้อชาติ กล่าว

มาตรฐาน	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	ทีมงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งระดับหน่วยงานและทีมงาน ระดับกลาง
<div data-bbox="189 321 396 525" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="266 606 324 649">(5)</p> <p data-bbox="73 654 521 906">มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม.</p> <div data-bbox="309 1120 515 1325" data-label="Image"> </div>	<p data-bbox="569 228 1845 321"><u>ศึกษา</u>แนวทางการวิเคราะห์ root cause ต่างๆ และ<u>เรียนรู้ที่จะเลือกใช้</u>อย่างเหมาะสมกับอุบัติการณ์ต่างๆ</p> <ol data-bbox="569 328 1787 578" style="list-style-type: none"> 1) วิเคราะห์ลำดับขั้นของการเกิดเหตุการณ์และจุดเปลี่ยน 2) พุดถึงความรู้สึกความต้องการที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงานในขั้นตอนต่างๆ 3) ตั้งคำถามทำไมซ้ำหลายๆครั้ง 4) ใช้กรอบ RCA เดิมรูปแบบ <p data-bbox="898 599 1535 649">ร่วมกันกำหนดข้อบ่งชี้ที่ต้องทำ RCA</p> <p data-bbox="569 671 1767 821">ทบทวนการทำ RCA ที่ผ่านมาเพื่อ<u>เรียนรู้ว่าจะทำ RCA ให้เกิดประโยชน์เต็มที่ได้อย่างไร</u> ได้มีการนำปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลังมาพิจารณาเพียงใด</p> <ol data-bbox="569 828 1506 1178" style="list-style-type: none"> 1) IEC (Information, Education, Communication) 2) ศักยภาพของบุคลากร 3) ภาระงาน 4) การนิเทศงาน 5) สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน 6) อุปกรณ์ เครื่องมือ เทคโนโลยี 7) การออกแบบระบบงานและการควบคุมกำกับ <p data-bbox="569 1213 1864 1306">ตัวอย่างการทำ RCA ที่สะท้อนให้เห็นว่าทีมงานมีความเข้าใจและสามารถใช้ RCA ได้อย่างเหมาะสม</p>	<div data-bbox="1545 899 1752 1103" data-label="Image"> </div>

แนวทางการทำ RCA

1. ศึกษาเหตุการณ์ที่จะทำ RCA
2. เขียนเส้นทาง โดยใช้คน หรือสิ่งของที่ได้รับ ความเสียหายเป็น ตัวเดินเรื่อง หรือ เดินตามกระบวนการทำงาน หรือ การดูแลรักษาที่ทำ อยู่ตามมาตรฐาน หรือวิธีปฏิบัติงาน
3. ตั้งใจท้วงว่าเกิดอะไรขึ้น ให้ครอบคลุม หาสาเหตุของแต่ละจ้อท้วงว่า มาจากอะไรได้บ้าง โดยใช้สมมติฐานเท่าที่คิดได้ ใช้คำถาม Why?
4. หาข้อมูลจากแหล่งที่เกี่ยวข้อง เช่น เวชระเบียน แบบบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในเรื่องนั้นๆ สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง หรือขอ ดูกระบวนการทำงาน
5. เขียนเส้นทาง พร้อมความเชื่อมโยง จากจุดเกิดเหตุ ไกลออกไป ภายในองค์กร และภายนอกองค์กร (ถ้ามี)
6. สรุป เกิดอะไรขึ้น มีสาเหตุจากอะไรเป็นแผนภาพ เพื่อเป็นสมมติฐาน
7. จัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง หาข้อยุติ พร้อมหลักฐานที่ปรากฏจริง ตัด สมมติฐานที่ไม่ใช่ความจริงของเหตุการณ์นี้
8. สรุปสิ่งที่เป็นสาเหตุ และสิ่งที่ต้องปรับปรุง เพื่อนำไปออกแบบและใช้งาน



กรณีศึกษาจากหน้าหนังสือพิมพ์

- ▶ แม่ผู้สูญเสียลูกชายคนสุดท้ายวัย 9 ปี เล่าว่า ลูกชายมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง รวมทั้งมีอาการท้องเสียและอาเจียน จึงได้พาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ชุมชน เมื่อไปถึงแพทย์และพยาบาลได้นำปัสสาวะ และเจาะเลือดไปตรวจ หลังจากผลตรวจออกมา แพทย์ได้แจ้งว่าลูกชายเป็นไส้ติ่ง ต้องทำการผ่าตัดด่วน และส่งตัวมา โรงพยาบาลจังหวัด
- ▶ ประมาณ 13.50 น. ได้เดินทางถึงโรงพยาบาลจังหวัดได้รับตัวลูกชายเข้าห้องฉุกเฉินทันที ซึ่งตนมีความหวังว่าทางโรงพยาบาลจะรักษาบุตรของตนให้หาย แต่กลับไม่เป็นอย่างที่คิด เพราะไม่มีการรักษาอะไรเลย มีเพียงให้เกลือเท่านั้น และบอกกับตนว่าต้องนอนรอดูอาการก่อน จากนั้นพยาบาลได้นำลูกชายไปอยู่ที่ตึกเด็ก เพื่อรอแพทย์มาตรวจ

- ▶ ขณะที่ลูกชายยังคงร้องครวญครางด้วยความเจ็บปวดอยู่ตลอดเวลา ตนสงสารมากเพราะนอนรออย่างทรมาณถึง 2-3 ชั่วโมงถึงจะมีแพทย์มาดูอาการ แต่เมื่อแพทย์มาตรวจกลับทำแค่คลำดูท้องของลูกชายและบอกว่าอาการอย่างนี้ไม่น่าจะเป็นไส้ติ่ง คนไข้คนนี้ผิตปกติมาก ไม่น่าจะเป็นไส้ติ่ง หลังจากนั้นแพทย์ก็กลับไป ส่วนตนยังอยู่กับลูกชายตลอด
- ▶ ลูกชายเริ่มมีอาการปวดท้องมากขึ้น และนอนดิ้นทรนท รាយขอความช่วยเหลือจากแพทย์ จนทนไม่ไหวลูกชายจึงร้องบอกแพทย์ว่า “หมอครับ ช่วยผมด้วย ผมปวดท้องจะตายแล้ว” แต่แพทย์ไม่เคยสนใจ และพยาบาลยังบอกด้วยว่า “ไม่ใช่ดูแต่เดี๋ยงนี้เดี๋ยงเดียว เพราะว่าคนไข้มีอีกหลายคน” หลังจากนั้นก็ไม่มีการแพทย์หรือพยาบาลมาดูอีกเลย จนลูกชายนอนดิ้นด้วยความเจ็บปวดอยู่อย่างนั้น จนถึง 19.00 น.
- ▶ แพทย์คนเดิมก็เดินกลับมาแล้วบอกว่า “เด็กมีอาการแพ้แบบนี้ เด็กน่าจะไม่ปกติ น่าจะเป็นโรคประสาท ต้องเอาพยาบาลที่ดูแลเด็กประสาทไม่ดีมาควบคุมดูแล”

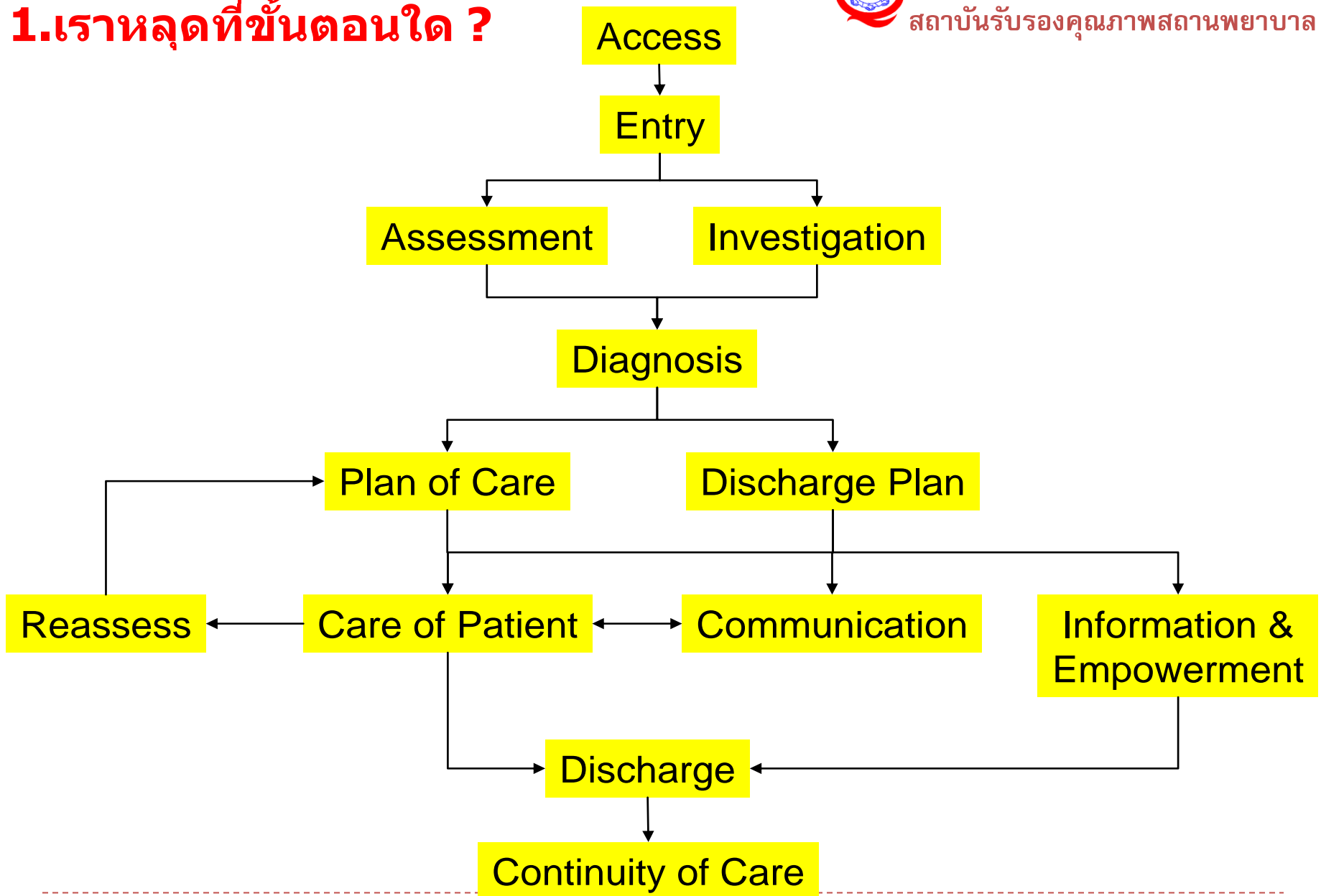
- ▶ จากนั้นแพทย์ได้โทรศัพท์ไปเรียกพยาบาลมารุมล้อมลูกชาย ก่อนจะช่วยกันจับมัดแขนมัดขา ใส่สายออกซิเจนต่อสายยางเข้าปากและจมูก
- ▶ เท่าที่ตนเห็นลูกชายเจ็บและทรมานมาก จึงตำพยาบาลว่า “อีอ้วน”
- ▶ พอพยาบาลได้ยินลูกชายตำ พยาบาลคนเดิมก็ตำกลับว่า “ไอ้เด็กบ้า” และตบปากลูกชายจนเลือดกบปาก
- ▶ ตนสงสารลูกจึงเช็ดเลือดให้และถามว่า “น้องกายเจ็บไหม ลูก น้องกายเจ็บไหม” ลูกชายเจ็บจึงถ่มน้ำลายใส่พยาบาลด้วยความโมโห ส่วนพยาบาลโกรธและนำผ้ามาตบหน้าและอุดลงไปที่ปากและจมูกลูกชาย
- ▶ ซึ่งถูกมัดมือมัดเท้าอยู่แล้ว พอถูกผ้าอุดปากอุดจมูกจนหายใจไม่ออก ลูกชายก็พยายามดิ้นทุรนทุรายขอความช่วยเหลือ แต่พยาบาลก็ไม่หยุด

- ▶ ตนทนไม่ได้จึงถามว่าทำไมต้องอุดปากอุดจมูกแบบนี้ด้วย เด็กหายใจไม่ออกแล้ว ซึ่งภาพที่ตนเห็นลูกชายพยายามหายใจ แต่ก็ไม่ไหวแล้ว
- ▶ สุดท้ายลูกชายหน้าซีดใกล้จะสิ้นลม ตนพยายามเรียกชื่อและบอกว่าแม่อยู่ที่นี้ แต่ลูกชายก็ไม่รับรู้และซื่อคหมดสติไปในที่สุด
- ▶ หลังจากลูกหมดสติ พยาบาลได้เข็นเตียงไปอีกห้องหนึ่งที่ไม่มีคนไขอื่น และวัดความดันลูกพร้อมกับดันดิฉันออกมา และไล่ให้ไปอยู่ด้านหลัง แต่ระหว่างนั้นยังแอบดูลูกอยู่ตลอดเวลาด้วยความเป็นห่วง และเห็นลูกมองมาที่ดิฉันและเรียกว่าแม่ ลูกพยายามใช้ลมหายใจเฮือกสุดท้ายยื่นมือมาหา ดิฉันก็พยายามจะเข้าไปจับมือลูก แต่ก็ถูกพยาบาลไล่ไม่ให้เข้าใกล้ ตอนนั้นไม่รู้จะทำยังไง กระทั่งลูกชายหมดสติอีกครั้ง

- ▶ พยาบาลก็พาไปห้องไอซียู เวลาผ่านไปประมาณ 20 นาที พยาบาลก็เรียกไปบอกว่าเด็กไม่มาแล้ว ดิฉันร้องไห้โฮ พยาบาลบอกว่าจะพยายามช่วยลูกอีกครั้งแล้วก็กลับเข้าไปในห้องไอซียู ดิฉันรอจนพยาบาลออกมาบอกว่าลูกตายแล้ว และบอกว่าตายเพราะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง
- ▶ ทางมูลนิธิปวีณาฯ ได้ส่งศพลูกชายไปตรวจที่โรงพยาบาล จังหลัดอีกแห่งหนึ่ง จึงทราบว่าลูกชายเสียชีวิตเพราะไส้ติ่งแตก ทั้งนี้อยากขอความเป็นธรรมให้กับลูกชายและต้องการให้โรงพยาบาลเข้ามารับผิดชอบ
- ▶ โดยหลังจากที่ทางโรงพยาบาลทราบข่าวว่าตนมาร้องมูลนิธิปวีณาฯ นางพยาบาลคนดังกล่าวได้โทรศัพท์มาขอโทษ
- ▶ ขณะที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโทรศัพท์มาหาตนเช่นกัน โดยบอกว่าไม่รู้เรื่องที่เกิดขึ้น และพยายามนัดไกล่เกลี่ย แต่ตนไม่ยอมจึงเข้าร้องมูลนิธิปวีณาฯ เพื่อขอความเป็นธรรมให้กับลูกชาย

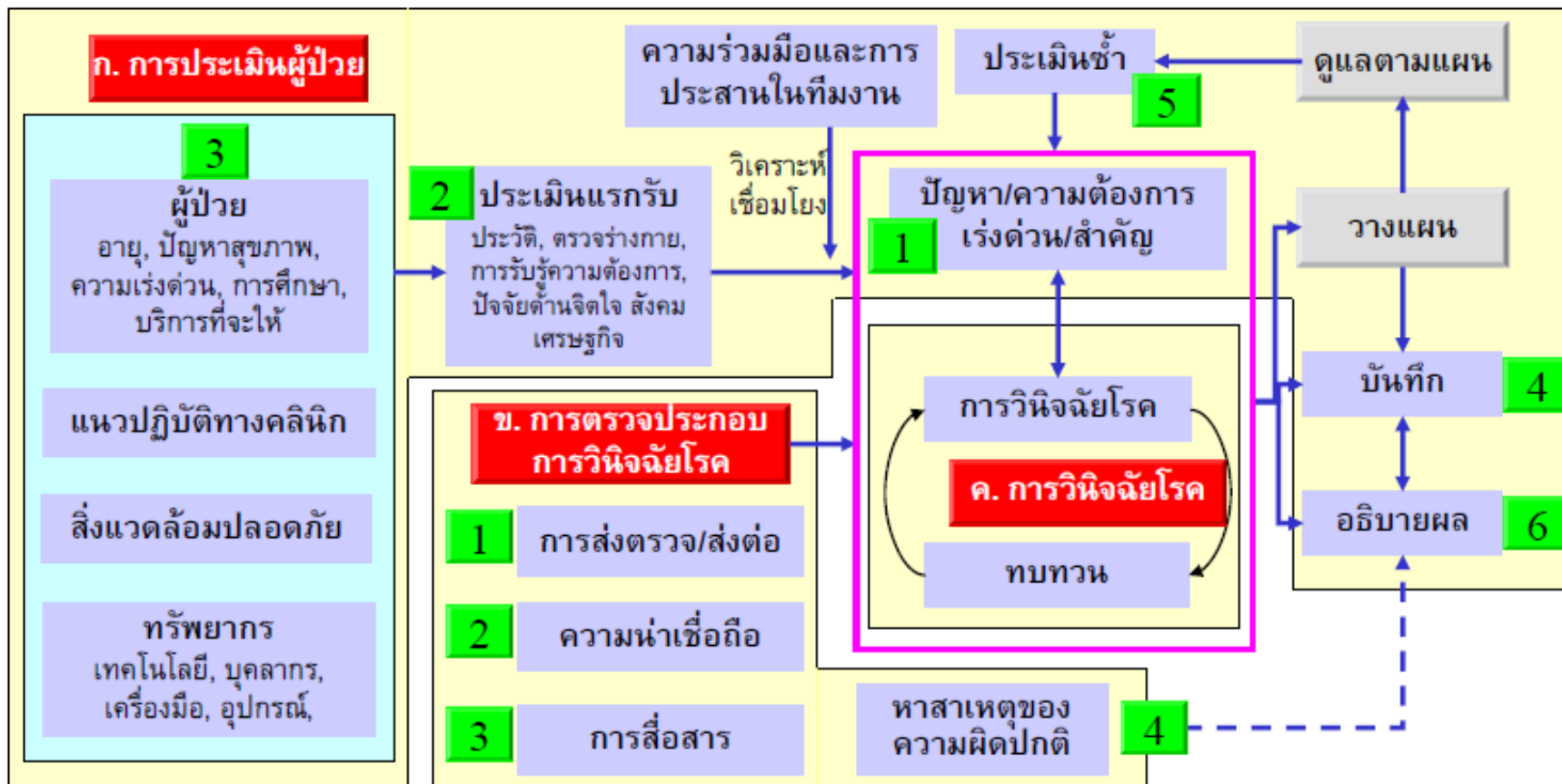


1.เราหลุดที่ขั้นตอนใด ?



III – 2. การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม

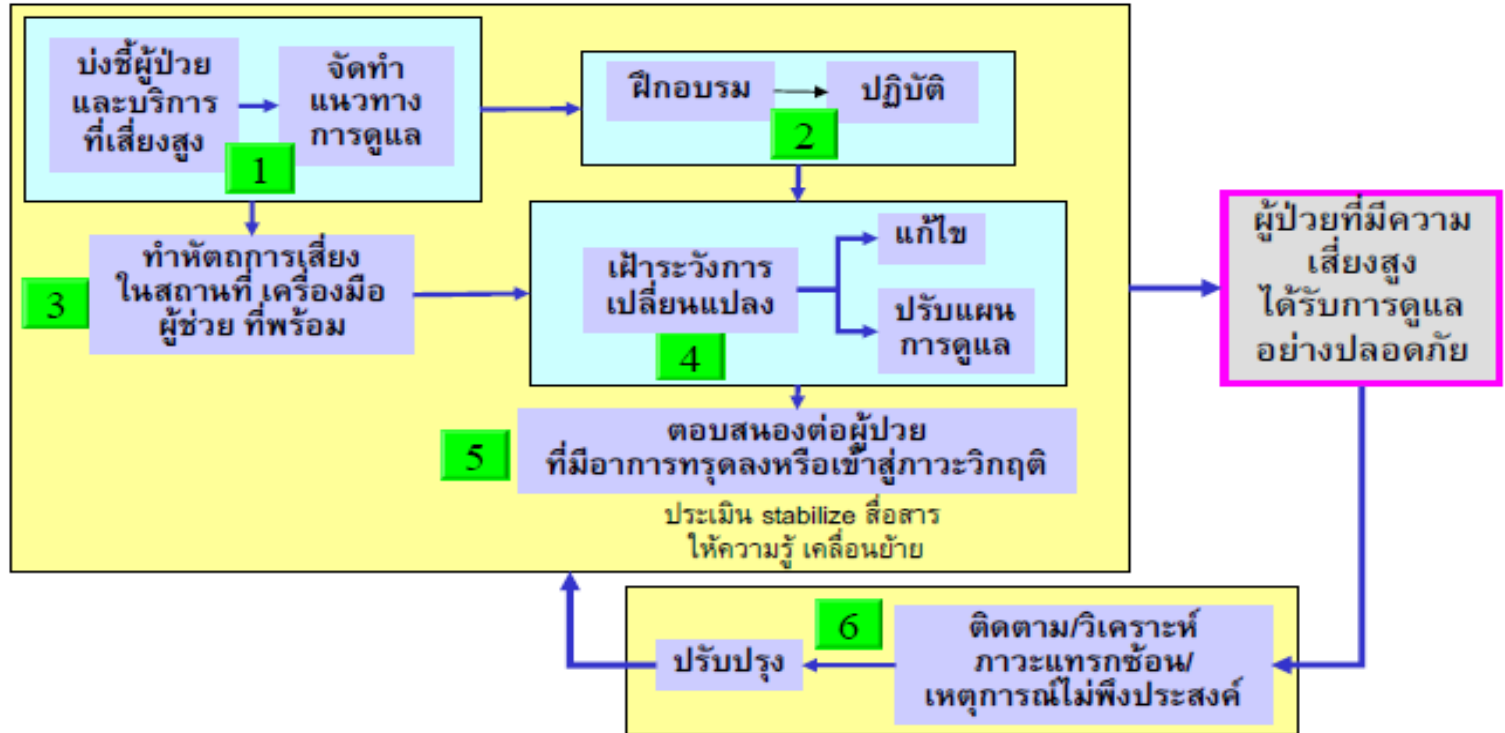


III - 4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (Care of High-Risk Patients and Provision of High-Risk Services)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันที่่วงที่ ปลอดภัย เหมาะสม เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น

- เด็กอายุน้อย,
- ผู้สูงอายุ,
- ผู้ป่วยฉุกเฉินที่สับสนหรือไม่รู้สึกตัว,
- ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายอวัยวะ,
- ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

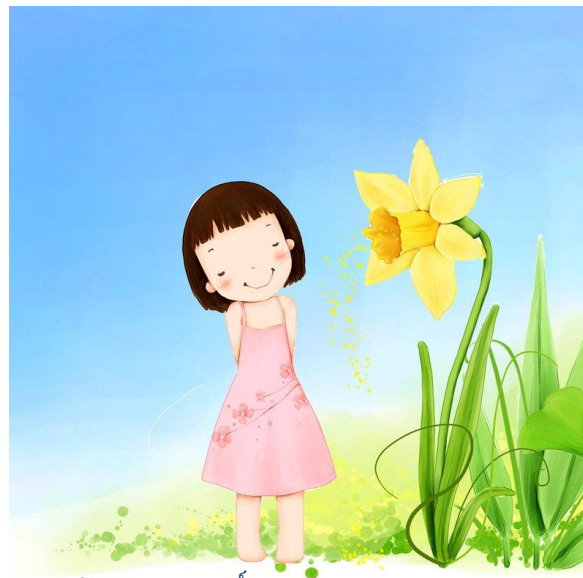
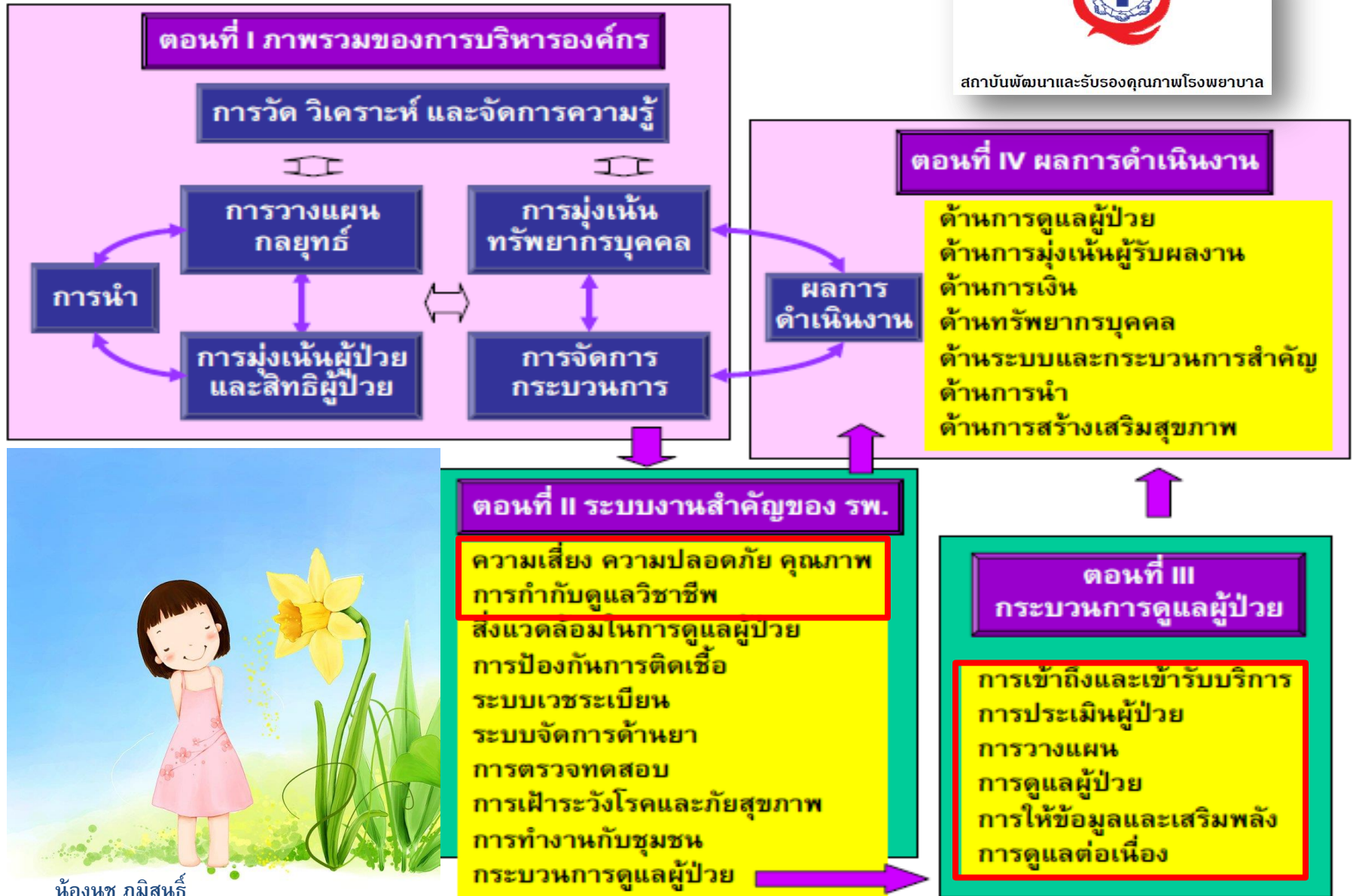


บริการที่มีความเสี่ยงสูง อาจจะเป็นบริการที่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนเพื่อรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิต, ธรรมชาติของการรักษาที่มีความเสี่ยง, หรือบริการที่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การฟอกเลือด, การช่วยฟื้นคืนชีพ, การใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด, การใช้เครื่องผูกยึด, การให้ยาเพื่อให้หลับลึก (moderate and deep sedation)

2. มีระบบงานใดเข้ามาเกี่ยวข้อง ?



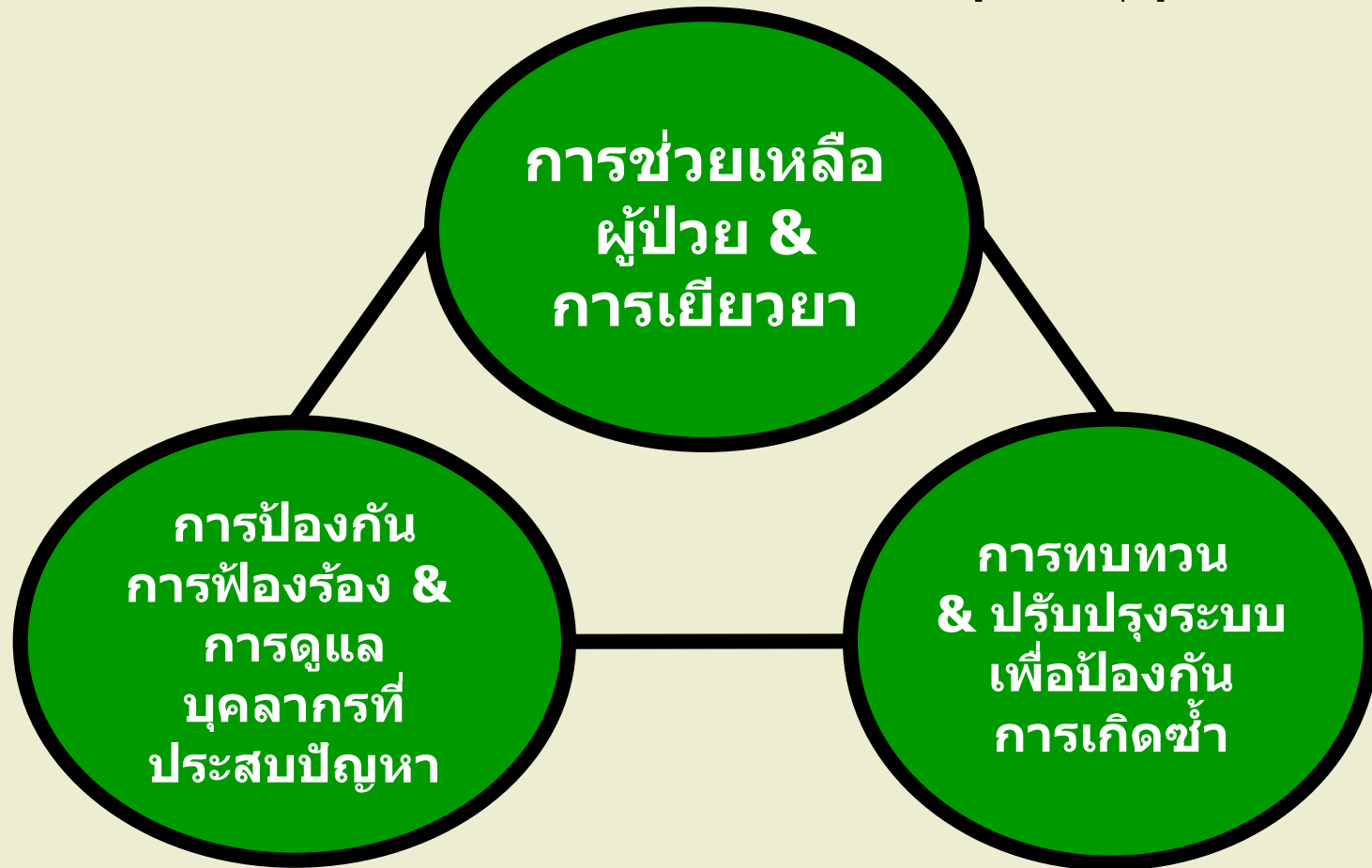
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



ห้องหุช ภูมิสนธิ์

สมดุล WIN-WIN-WIN

ผู้เขียน : ห้องหุช ภูมิสนธิ 24 พ.ย.2551



การแบ่งกลุ่มและกรณีศึกษา

กรณีศึกษา	กลุ่มที่	กลุ่มที่
1		
2		
3		
4		

ระยะเวลาที่ใช้ประชุมกลุ่ม 30 นาที เริ่ม น.

เริ่มนำเสนอ... น.

ระยะเวลาที่ใช้นำเสนอ กรณีละ 7 นาที โดยประมาณ
อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

คำถาม

- 1. จงบอกระดับความสำคัญและความรุนแรงของอุบัติเหตุการณ์นี้**
 - 2. ทดลองทำ RCA อุบัติการณ์นี้ โดยตอบคำถามว่า**
 - 2.1 เกิดอะไรขึ้น
 - 2.2 ทำไมจึงเกิด
 - 2.3 จะป้องกันการเกิดซ้ำได้อย่างไร
 - 3. เจ้าภาพจัด RCA อุบัติการณ์นี้ ควรเป็นระดับใด**
 - 3.1 ระดับ ร.พ.
 - 3.2 ระดับทีมคร่อมสายงาน
 - 3.3 ระดับภาควิชา/หน่วยงาน
-

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการทำ RCA

1. System Thinking
2. Safety culture
3. No Blame, No Shame
4. Management by Fact
5. Team

Culture

1. System Thinking

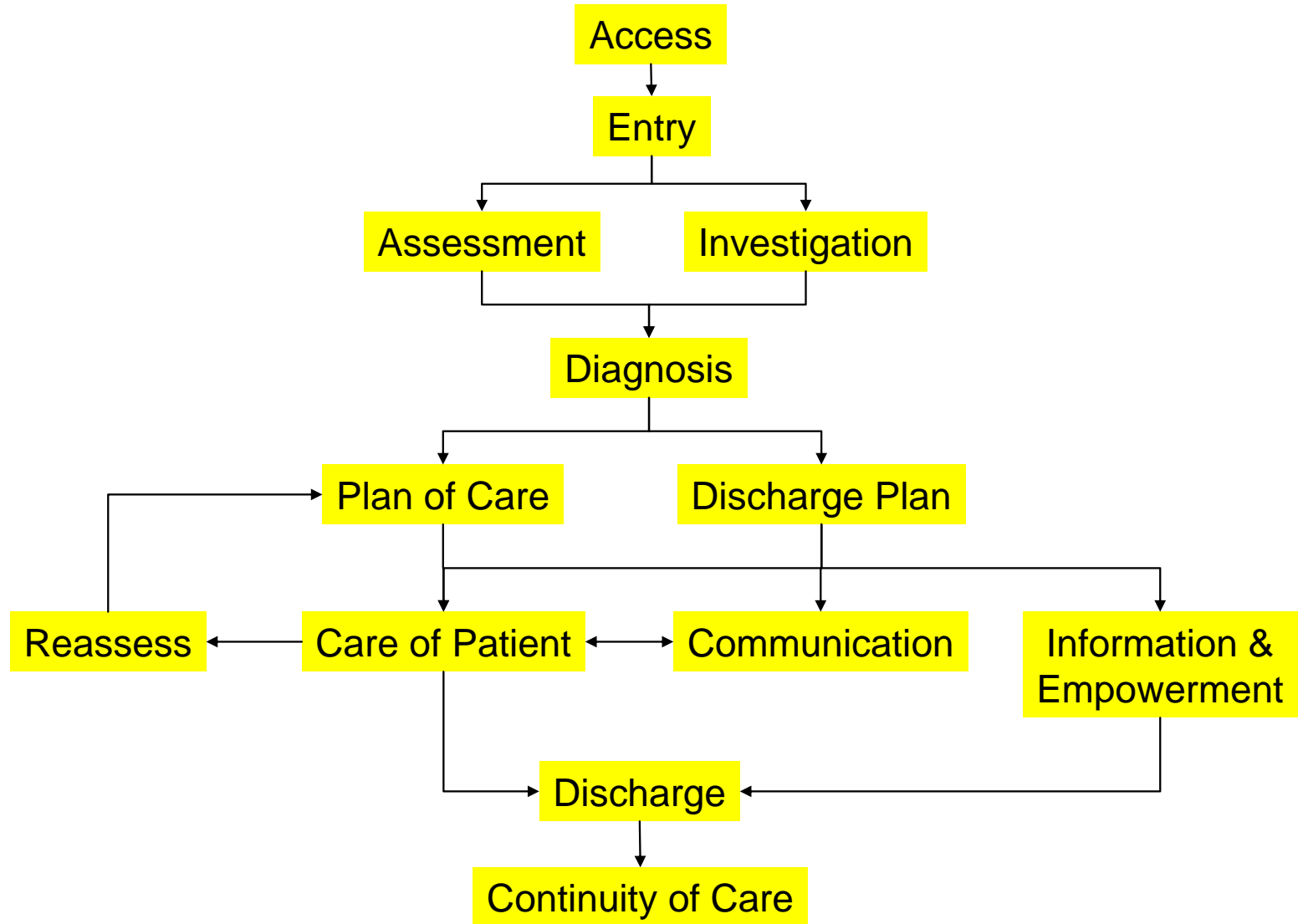
System Focus คือ การเน้นปรับปรุงที่ตัวระบบงาน มากกว่าที่จะกล่าวโทษตัวบุคคลว่าเป็นต้นเหตุของปัญหา

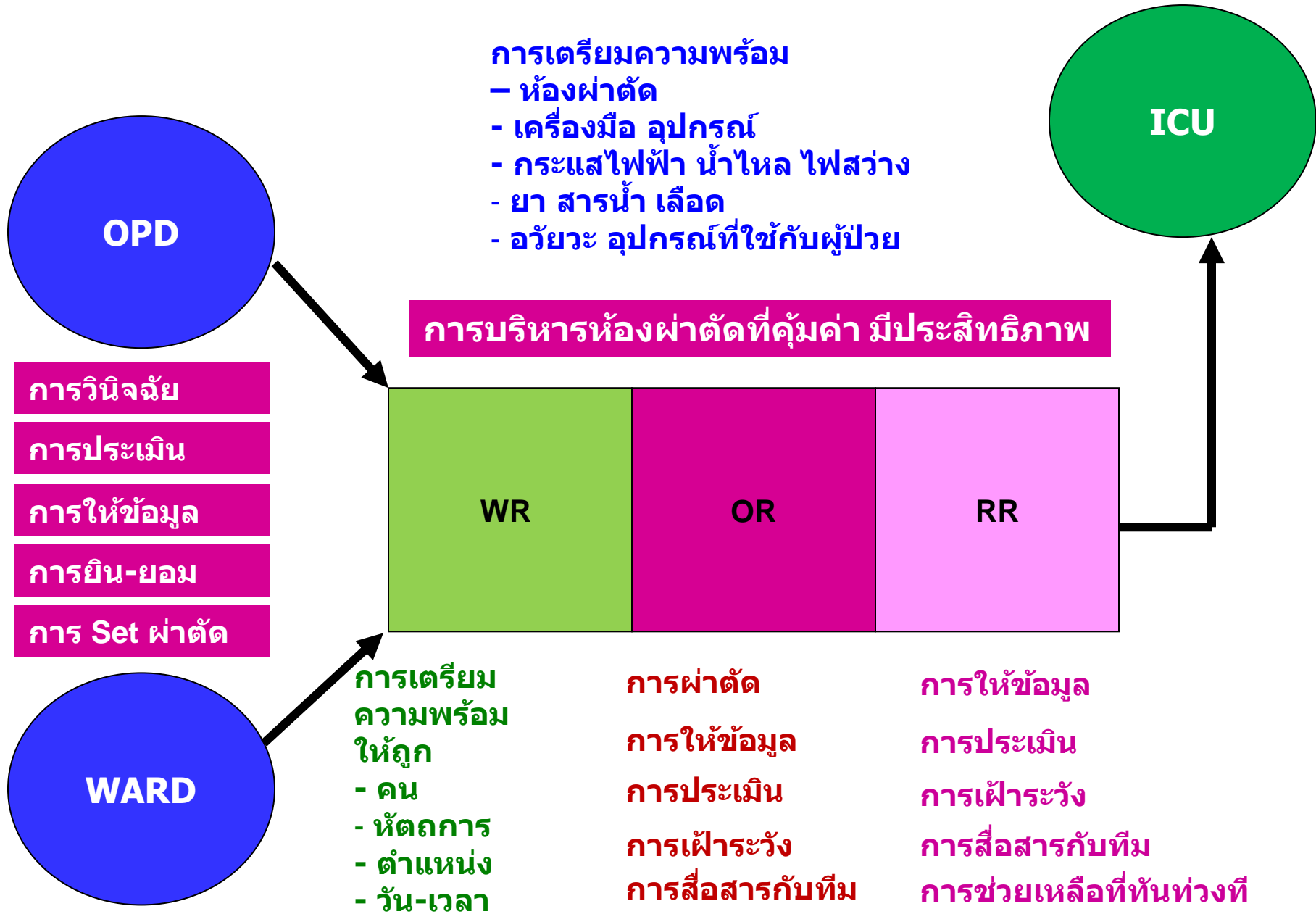
Systems Approach เป็นความพยายามที่จะทำความเข้าใจธรรมชาติของสรรพสิ่งให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด ด้วยข้อจำกัดของมนุษย์ เรามักจะตัดตอนหรือแยกส่วนองค์ประกอบต่างๆ มาพิจารณาอย่างละเอียด ทำให้เกิดความเข้าใจเฉพาะส่วน ไม่สมบูรณ์ ขาดการเชื่อมโยง

แนวคิด **Systems Approach** ประกอบด้วย **หลักการสำคัญ** คือการมองความเป็นทั้งหมด และการให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยงหรือความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ



การใช้กระบวนการหลักเพื่อเขียนเส้นทางความคลาดเคลื่อนด้านการดูแลรักษา





2. Safety Culture

วัฒนธรรมคือวิถีชีวิตที่ดำรง ที่ผู้คนปฏิบัติคล้ายกันโดยอัตโนมัติ ผู้คนยอมรับและปฏิบัติจนเคยชิน “ความเสี่ยง” และ “ความปลอดภัย” เป็นสองด้านของเรื่องเดียวกัน

คำว่า ความเสี่ยง ทำให้เรามองหาโอกาสเกิดปัญหา ปรับ จากการตั้งรับมาสู่การสำรวจ แก้ไขและป้องกันเชิงรุก คำว่า ความปลอดภัย ให้ความรู้สึกเชิงการบรรลุเป้าหมายและ อยากทำทุกวิถีทาง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น

วัฒนธรรมความปลอดภัย หมายถึง ความเชื่อที่ทุกคน ยึดมั่นและปฏิบัติจนเป็นนิสัยไปในทิศทางเดียวกันในเรื่องความปลอดภัย

องค์กรที่สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นได้ จะช่วยให้องค์กรนั้นมีภูมิคุ้มกัน ทำให้สามารถตรวจจับ ป้องกันและแก้ปัญหาที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้น&ยั่งยืน



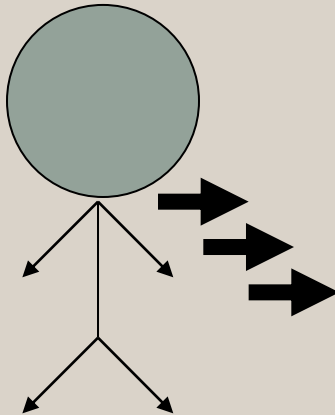
ลักษณะวัฒนธรรมความปลอดภัย

1. นำเรื่องความเสี่ยงมาเล่าสู่กันฟังได้อย่างสะดวกใจ
2. ทบทวนและเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่รุนแรงโดยไม่ซ้ำ
3. การรายงานอุบัติการณ์ที่ครอบคลุม
4. มีสายตาที่มองไวในการมองหาความเสี่ยงตลอดเวลา
5. ขวนขวายหาทุกวิธีการที่จะทำให้เกิดความปลอดภัย
6. สอดแทรกแนวคิดความปลอดภัยเข้าในทุกโอกาส
7. ผู้นำเห็นคุณค่าและใส่ใจอย่างต่อเนื่อง
8. ต่อยอด ขยายผล จากจุดเล็กๆ
9. Share ข้อมูล Share ปัญหา Share ทางออก Share ความรู้สึก

3.No blame, No shame

**มุ่งเน้นที่ระบบ และกระบวนการ ไม่ใช่ การทำงาน
ของแต่ละบุคคล**

- คุณสมบัติ
- คุณวุฒิ
- รั้งพันธกิจ
- รั้งหน้าที่



- รั้งกระบวนการ
- รั้งวิธีทำงาน
- รั้งนโยบาย

- จำนวน/คุณลักษณะผู้รับบริการ
- จำนวนผู้ปฏิบัติงาน
- การปฐมนิเทศและการฝึกอบรม
- การประเมินความรู้ความสามารถ
- การกำกับดูแล
- การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่
- การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น
- การสนับสนุนทางเทคโนโลยีที่เพียงพอ
- การบำรุงรักษาและการบริหารเครื่องมือ
- สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ
- ระบบและกระบวนการรักษาความปลอดภัย
- การควบคุมการเก็บยาและการเข้าถึง
- การเขียนฉลากยา

4. Management by Fact

1.2 ขอดูกระบวนการทำงาน

ใครเกี่ยวข้องบ้าง
ทำอย่างไร

- Flow
- Algorithm
- Care Map

1.1 ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอก-ใน

- สิ่งที่ต้องมี มี ?
- ความสมบูรณ์
- ความสอดคล้อง
- เป็นเหตุ-เป็นผล
- ลำดับเวลา

1.3 การสัมภาษณ์ เหตุการณ์ปกติ

เราทำงานกันอย่างไร

เราให้การดูแลรักษาอย่างไร

เหตุการณ์ครั้งนี้ผิดปกติอย่างไร

- หาข้อเท็จจริง
- สาเหตุเฉพาะ สาเหตุร่วม
- สาเหตุเชิงระบบขององค์กร
- เพื่อหาโอกาสพัฒนา ไม่ตำหนิ

1.4 เก็บหลักฐานทางกายภาพ & เอกสาร

RM Co /Facilitator

5.Team

- ▶ **ตั้งประเด็นโดยใช้คำถามกับตนเองก่อนว่า**
 - เกิดอะไรขึ้น
 - ทำไมจึงเกิด
- ▶ **ทบทวนและหาข้อมูลก่อนจัดการประชุม โดย**
 - ทบทวนเวชระเบียน
 - ย้อนรอยเหตุการณ์ สัมภาษณ์ผู้ประสบเหตุ/หัวหน้า
- ▶ **พิจารณาบุคคลสำคัญที่จะเชิญเข้าร่วมประชุม**
- ▶ **เตรียมผู้เข้าประชุม ให้ทบทวน หาข้อมูลเพิ่มเติมก่อนเข้าประชุม เพื่อให้ได้ข้อเสนอเพื่อการป้องกันการเกิดซ้ำในมุมของคนทำงาน**
- ▶ **พบประธานของที่ประชุมก่อน เพื่อสรุปประเด็นสำคัญที่จะพิจารณาในที่ประชุม ข้อมูลที่ได้รับจากผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีข้อมูลมากที่สุดก่อนการตัดสินใจใดใดในที่ประชุม**

หลักการที่สำคัญ

1. มีการทำงานเป็นทีม
2. เน้นผู้ป่วย/ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
3. มีการ **feedback** และใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนา

+ Dialogue :
สุนทรียสนทนา



หลักปฏิบัติ Dialogue

- ฟังอย่างลึกซึ้ง ฟังให้ได้ยิน
- มีความเป็นอิสระ และผ่อนคลาย
- ทุกคนเท่าเทียมกัน ไม่มีผู้นำ และไม่มีผู้ตาม

การจัดการวงสนทนาที่ดี แบบ Dialogue

SPEAKING

SPEAKING

- Setting** จัดสถานที่ให้ทุกคนในวงสนทนาหันหน้าเข้าหากัน เพื่อให้สามารถมองเห็นหน้า
- Process** เชื่อมมั่นในกระบวนการ ต้องมีสติอยู่เสมอ สิ่งที่พูด ไม่มีการสรุปหรือสร้างความคิดรวบยอด
- Ends** ไม่อนุญาตให้แต่ละคนนำเป้าหมายส่วนตัว หรือ วาระส่วนตัวเข้าไปใช้
- Attitude** ชุมชนสัมมาทิล्ली ไม่เริ่มต้นด้วยการประณามคนอื่น
- Key Actor** คณะทำงานที่อยู่เบื้องหลัง ผู้ทำหน้าที่ ประสานงาน สร้างฉาก และค้นหาผู้ที่เหมาะสมจะมานั่งพูดคุยกัน

SPEAKING

Instrument ลดทอนความเป็นทางการของการใช้ภาษาให้มากที่สุด หลีกเลียงถ้อยคำแบบพิธีการ

Norms of Interaction บรรทัดฐานของการปฏิสัมพันธ์ ซึ่งจะต้องมีความเท่าเทียมกัน ทั้งในแง่ของคำพูดและการปฏิบัติ กล่าวคือ จะต้องหลีกเลียงคำพูดและการกระทำทางวาจาใดๆที่แสดงว่าตนเองเหนือกว่า หรือด้อยกว่าคนอื่น

Genre เป็นการพูดคุยแบบเปิด ไม่มีเป้าหมายและวาระ เพื่อสร้างความหมายร่วมกัน แต่หากเป้าหมายจะเกิดขึ้นตามมาในภายหลัง ก็คงไม่มีใครห้าม แต่ต้องเกิดภายใต้บริบทของการสร้างความหมายร่วมกัน





- ▶ **Risk management process & tools : FMEA**

Tool 4.FMEA= Failure Mode and Effective Analysis

- ▶ FMEA คือ วิธีการที่เป็นระบบในการค้นหาและป้องกันปัญหาก่อนที่จะเกิดขึ้น
- ▶ มุ่งที่การป้องกันโศกนาฏกรรม โดยไม่รอให้เหตุการณ์ที่เลวร้ายเกิดขึ้น แต่มุ่งจะทำให้ระบบมีความเข้มแข็งมากขึ้น เกิดความผิดพลาดน้อยลง
- ▶ วิศวกรการบิน พลังงาน ประมาณยานอวกาศ อุตสาหกรรมเคมี ยานยนต์ ใช้เทคนิคนี้มากกว่า 30 ปี เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

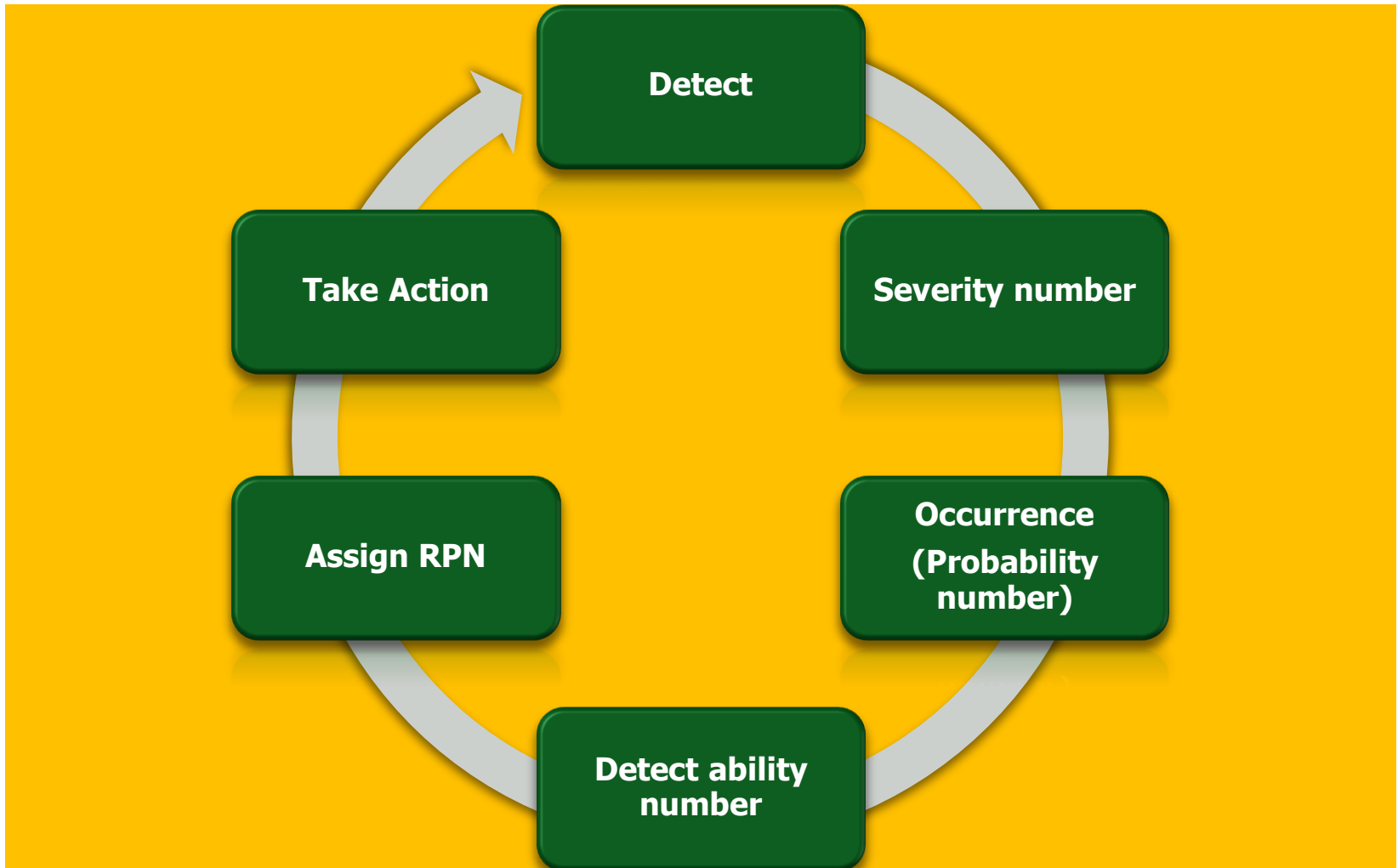




เปรียบเทียบ RCA กับ FMEA

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

ขั้นตอนการทำ FMEA



ขั้นตอนการทำ FMEA

1. Review the process.
2. Brainstorm potential failure modes.
3. List potential effects of failure.
4. Assign Severity Rankings.
5. Assign Occurrence Rankings.
6. Assign Detection Rankings.
7. Calculate the RPNs.
8. Develop the Action Plan.
9. Take action.
10. Calculate the resulting RPNs.

การใช้ประโยชน์ Risk matrix เพื่อการตัดสินใจ

ทำ RCA

- ▶ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็น High risk จะพิจารณาว่า
 - ▶ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดผลกระทบ ต่อผู้ป่วยแล้ว ให้ทำ RCA
 - ▶ ถ้าเป็นเหตุเกือบพลาด (Close all หรือ Near miss) การทำ RCA เป็น optional
- ▶ ถ้าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นเป็น Low risk หรือ Intermediate risk ให้ดำเนินการตามความเหมาะสม

ทำ FMEA

- ▶ ถ้าอันตรายนั้นมีความรุนแรงและมีโอกาสเกิดสูงจนได้คะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป (High risk)
- ▶ โดยให้พิจารณาว่ามีมาตรการควบคุมที่ได้ผลอยู่หรือไม่
- ▶ แม้คะแนนจะต่ำกว่า 8 แต่ถ้าเกิดความบกพร่องที่จุดนั้นแล้ว จะทำให้ระบบล้มเหลว กรณีนี้ให้พิจารณา ดำเนินการเช่นเดียวกันกับคะแนน ตั้งแต่ 8 ขึ้นไป

Insert/Update Potential Cause of Failure



Name:

Potential Failure Mode:

End Effect of Failure: Severity:

Initial

Potential Cause of Failure: Occurrence:

Current Process Controls: or Probability:

Detection: Risk Priority Number (RPN):

Analysis and Recommendations

Recommended action(s):

Action description	Responsibility	Target completion date
<input type="text" value="Increase wages"/>	<input type="text" value="CFO"/>	<input type="text" value="01.01.2002"/>

Action Results

Actions Taken: Occurrence:

or Probability: Detection:

Risk Priority Number (RPN):

OK

Cancel

ตัวอย่างตารางที่จะใช้ในการวิเคราะห์

ชั้นในกระบวนการ	โอกาสบกพร่อง (failure mode)	ปัจจัยสาเหตุ (failure causes)	ผลกระทบ (failure effects)	โอกาสเกิด (1-10)	โอกาสตรวจจับ (1-10)	ความรุนแรง (1-10)	คะแนนเสี่ยง (RPN)	แนวทางปฏิบัติในการลดอุบัติเหตุล้มเหลว
แพทย์สั่งใช้ยาใหม่	ยาขนานแรกอาจให้ก่อนที่เภสัชกรจะได้ช่วยทบทวนคำสั่ง	ยาที่สั่งจ่ายอาจมีอยู่ในเครื่องจ่ายยาอัตโนมัติและง่ายต่อการเข้าถึง	ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งขนาดยาและวิธีที่บริหาร	6	5	1	30	ควรมีเภสัชกรประจำหอผู้ป่วยเพื่อสามารถทบทวนคำสั่งเมื่อมีการสั่งใช้ยา เพื่อความเชื่อมโยง

โอกาสเกิด มาก = 10
 โอกาสตรวจจับ น้อย = 10
 ความรุนแรง มาก = 10

ตารางที่จะใช้ในการวิเคราะห์

ชั้นใน กระบวนการ	โอกาส บกพร่อง (failure mode)	ปัจจัยสาเหตุ (failure causes)	ผลกระทบ (failure effects)	โอกาสเกิด (1-10)	โอกาส ตรวจจับ (1-10)	ความ รุนแรง (1-10)	คะแนน เสี่ยง (RPN)	แนวทางปฏิบัติในการ ลดอุบัติเหตุล้มเหลว

โอกาสเกิด มาก = 10
โอกาสตรวจจับ น้อย = 10
ความรุนแรง มาก = 10

กระบวนการใด กระบวนการหนึ่ง จะล้มเหลวได้อย่างไร ทำไมจึงล้มเหลว

และจะทำให้ปลอดภัยได้อย่างไร

	ยากที่สุด 1 ง่ายที่สุด 10	ง่ายที่สุด 1 ยากที่สุด 10	น้อยที่สุด 1 มากที่สุด 10	ผลคูณของ 3 ปัจจัย
ขั้นตอน	โอกาสเกิด (occ.)	โอกาสตรวจพบ (Detect)	ความรุนแรง (Severe)	RPN
1.สั่งใช้ยาใหม่	6	5	1	30
2.สั่งหยุด เปลี่ยน	10	5	5	250
3.สั่งขนาดที่ไม่มาตรฐาน	3	5	4	60
4.เตรียมยา จัดเก็บ	3	5	5	75
5.แยกเก็บยาแช่เย็น	3	5	5	75
6.ยาฉีดยา	4	5	7	140
7.เข้าถึงยาถ่าย	7	5	8	280
8.เข้าถึงยาเสพติดง่าย	5	5	10	250

การหาวิธีการ “การป้องกันและตัววัดผลลัพธ์”

1. ให้ List รายการ Failure Mode แต่ละข้อ
2. ในแต่ละข้อให้ตัดสินใจว่าจะทำอย่างกับ Failure Mode นั้น
 - A. ขจัด
 - B. ควบคุม
 - C. ยอมรับ
3. เขียนอธิบายแนวทางที่จะใช้ขจัดหรือควบคุมสาเหตุของ Failure Mode นั้น
4. หาตัววัดผลลัพธ์ที่จะใช้วิเคราะห์และประเมินผล
5. กำหนดผู้รับผิดชอบงาน
6. นำเสนอผู้บริหารระดับสูงให้ความเห็นชอบ

