ระบบบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับใหม่ ฉบับที่ 4

นายสุรเดช ศรีอังกูร

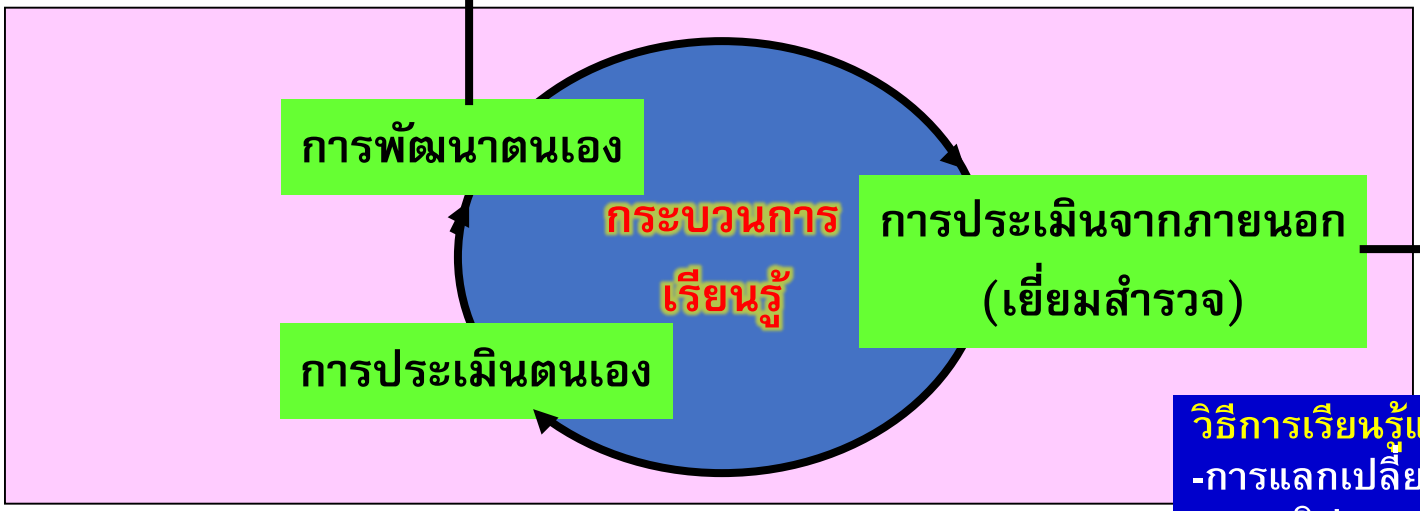
นำเสนอที่โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา

วันที่ 13 ธันวาคมพ.ศ. 2562

ขอขอบพระคุณสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
สำหรับข้อมูล เอกสารในการนำเสนอ

แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ Hospital Accreditation (HA)

คุณภาพและ**ความปลอดภัย**



การรับรองคุณภาพ

ค่านิยมและแนวคิดหลัก
- HA เป็นกระบวนการเรียนรู้
- มุ่งเน้นผู้ป่วยและสุขภาพ
- พัฒนาต่อเนื่อง

วิธีการเรียนรู้และประเมินตนเอง
- การแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- การอภิปรายกลุ่ม
- การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและแบบประเมินตนเอง
- การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก
- การเยี่ยมสำรวจ/ตรวจสอบภายใน
- การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์
- การทบทวนหลังกิจกรรม
- การติดตามตัวชี้วัด

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ฉบับที่ 4

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

I-1 การนำ

I-2 กลยุทธ์

I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

I-5 กำลังคน

I-6 การปฏิบัติการ

ตอนที่ IV ผลลัพธ์

IV ผลลัพธ์

IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน
IV-3 ผลด้านกำลังคน
IV-4 ผลด้านการนำ
IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ
IV-6 ผลด้านการเงิน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

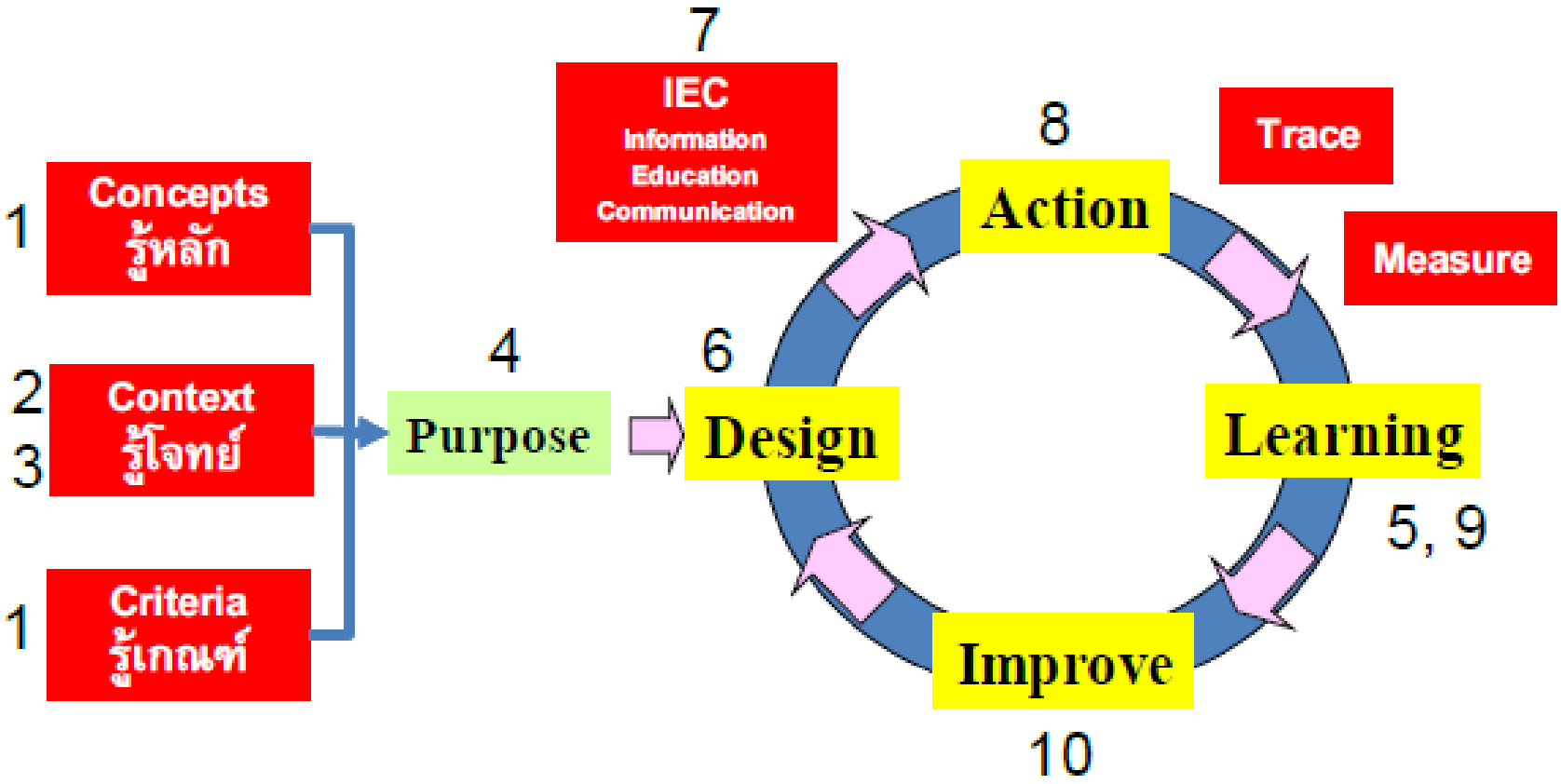
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
II-5 ระบบเวชระเบียน
II-6 ระบบการจัดการด้านยา
II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคฯ
II–8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
II–9 การทำงานกับชุมชน

กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
III-2 การประเมินผู้ป่วย
III-3 การวางแผน
III-4 การดูแลผู้ป่วย
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง
III-6 การดูแลต่อเนื่อง

การพัฒนาคุณภาพสู่การปฏิบัติ



1. **ถอดรหัสมาตรฐาน** อะไรคือเป้าหมายและคุณค่าของมาตรฐาน ใครได้ ใครทำ ต้องทำอะไร
2. **รับรู้** รู้สถานการณ์จากของจริง (ตามรอย) จากคำพูดของผู้ป่วย (ตามเงา สัมภาษณ์เชิงลึก)
3. **วิเคราะห์** เก็บข้อมูล ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ หาความหมายจากข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ
4. **ตั้งเป้า** วาดภาพให้ชัดว่าอยากเห็นอะไร เปลี่ยน concept เป็นตัววัด
5. **เฝ้าดู** หา baseline ของตัววัดที่กำหนด แล้วติดตามต่อเนื่อง
6. **ออกแบบ** ใช้แนวคิด human-centered design, human factor engineering ร่วมกับการจัดทำคู่มืออย่างง่าย มีมาตรฐานคู่กับความยืดหยุ่น
7. **สื่อสาร** ใช้การสื่อสารทุกรูปแบบเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติรู้ในสิ่งที่ต้องรู้ ณ จุดปฏิบัติ
8. **ปฏิบัติ** สนับสนุนและทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบ กระตุ้นให้เกิดต่อมเอ๊ะในผู้ปฏิบัติงาน
9. **ติดตาม/เรียนรู้** มีผู้รับผิดชอบ เก็บข้อมูล ตามรอย เฝ้าระวัง ประมวลผล สร้างการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย
10. **ปรับปรุง** ตามโอกาสที่พบ เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลงานที่ดีขึ้น

เครื่องมือสำคัญของ HA คือการทบทวน เพื่อจุดประกายการพัฒนา

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

ทบทวนตัวเอง
(โดยเจ้าของงาน)

- ทบทวนปัญหาจากการทำงาน (ขั้นที่ 1)
- ห้าคำถามพื้นฐาน/3P (ขั้นที่ 2)
- ใช้มาตรฐาน HA (ขั้นที่ 3)

ทบทวนกันเอง
(โดยตัวเองหรือเพื่อนต่างหน่วย)

- ตามรอย
- เยี่ยมสำรวจภายใน
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้

ทบทวนจากภายนอก

- เยี่ยมสำรวจจากภายอก
- ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

หลุมพราง: ไม่สามารถมองเห็นโอกาสพัฒนาได้จากการทบทวนภายใน

พัฒนาการของการบริหารความเสี่ยง

อดีต

- บ่งชี้ปัญหาและจัดลำดับ
- ควบคุมทุก ๆ ความเสี่ยง
- ควบคุมและติดตาม

ปัจจุบัน

- **บ่งชี้ปัญหาและจัดลำดับ**
- **ตรวจสอบในกรณีเหนือระดับที่เป็นเป้าหมาย**
- **ดำเนินการควบคุมความเสี่ยงระดับสูงสุด**
- **ติดตามผลการดำเนินการ**

อนาคต

- บ่งชี้แนวโน้มและโอกาส
- เข้าใจสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสและความรุนแรง
- กำหนดการปฏิบัติต่อความเสี่ยงที่เหมาะสม อาทิ การควบคุมที่มีประสิทธิผล ต้นทุนความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้รับจากการจัดการความเสี่ยงหรือการแบกรับความเสี่ยง
- การปฏิบัติต่อความเสี่ยงที่สอดคล้องกับความเสี่ยงที่ยอมรับได้
- ติดตามและให้ข้อมูลป้อนกลับ

ความเสี่ยงคืออะไร..... ???

คือโอกาสที่จะประสบกับอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

หรือการไม่บรรลุวัตถุประสงค์/เป้าหมายที่ได้ตั้งไว้

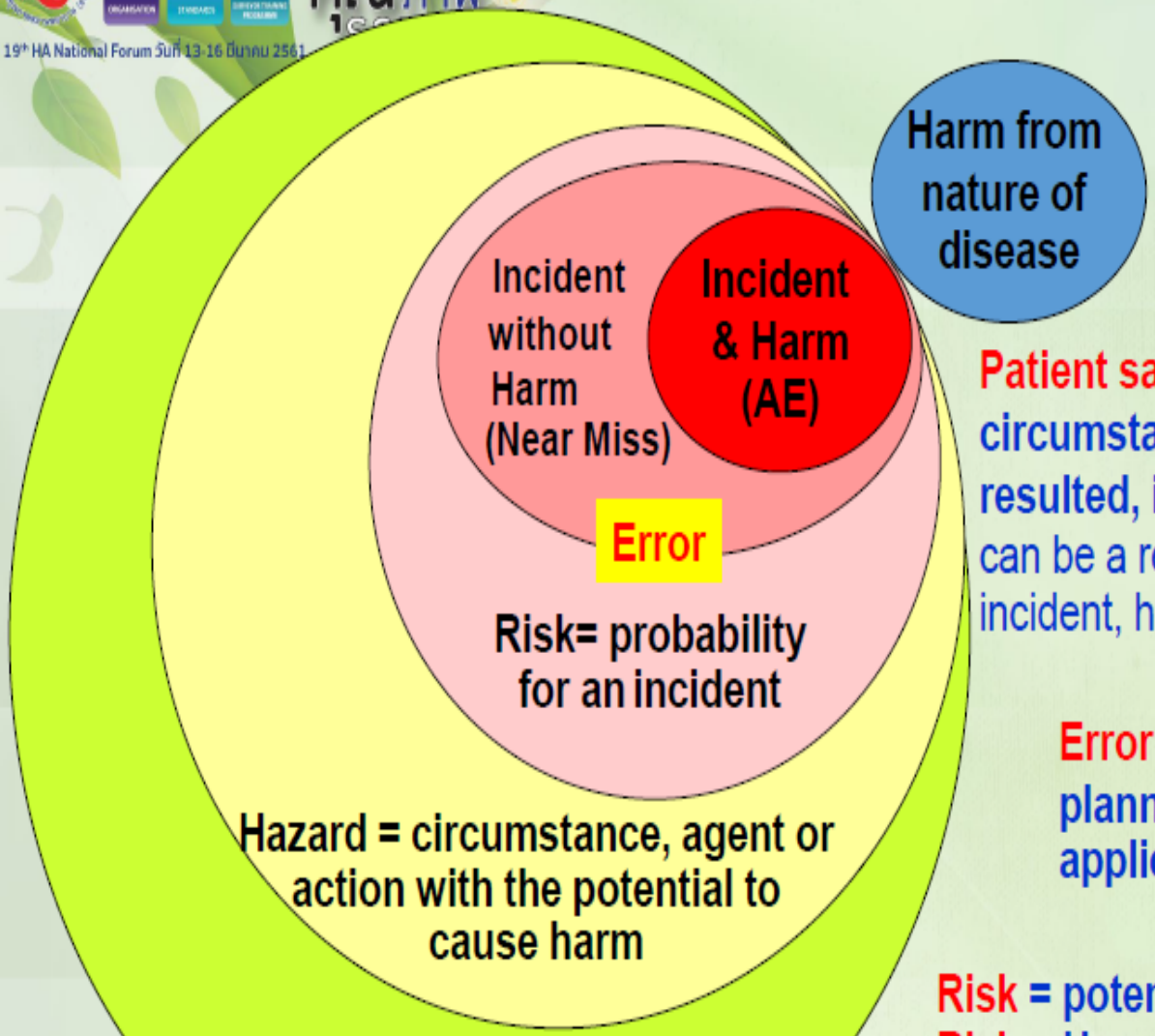
เป็นอันตรายหรือการบาดเจ็บต่อร่างกายและจิตใจที่เกิดจาก

เหตุร้าย, ภาวะคุกคาม, ความไม่แน่นอน, ขั้นตอนการปฏิบัติที่มีช่องโหว่

ความไม่พร้อมในด้านต่าง ๆ สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย และอื่น ๆ

ต่อผู้ป่วย/ญาติ เจ้าหน้าที หน่วยงาน องค์กร และชุมชน

Error, Risk, Harm



Contributing factor = circumstance, action or influence that is though to have played a part in the development or increase the risk of an incident (external, organizational, staff, patient)

Patient safety incident = an event or circumstance that could have resulted, or did resulted, in unnecessary harm to a patient. can be a reportable incident, near miss, no harm incident, harmful incident (AE)

Error = failure to carry out a planned action as intended or application of an incorrect plan

Risk = potential for a hazard to caused harm
Risk = Hazard x Exposure

WHO 2009. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety

ความหมาย

"ความเสี่ยงคือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์"

"อุบัติการณ์ คือเหตุการณ์ที่เกิดความสูญเสีย ความเสียหาย หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ความเสี่ยงกับอุบัติการณ์ สัมพันธ์กันอย่างไร?

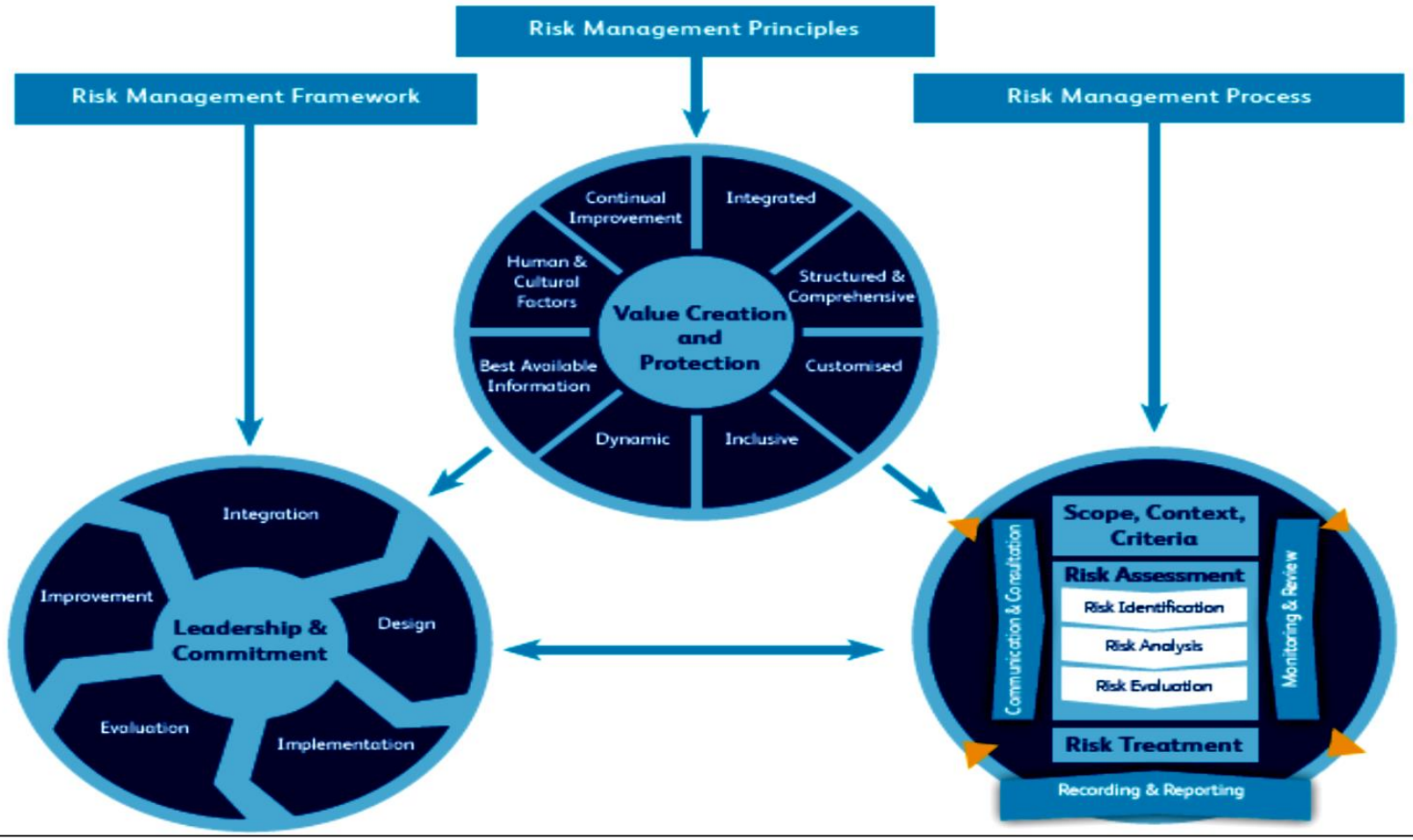
- ความเสี่ยงคือโอกาสที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย
- อุบัติการณ์คือเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิด หรือได้ทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย (ที่ไม่ควรจะเกิดขึ้น)
- อุบัติการณ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น
- อุบัติการณ์ในอดีต อาจเป็นความเสี่ยงในปัจจุบันและอนาคต
- อุบัติการณ์ในอดีต อาจไม่เป็นความเสี่ยงอีกต่อไปหากมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างรัดกุม
- ความเสี่ยง มีทั้งอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น และโอกาสเกิดซึ่งยังไม่เคยมีอุบัติการณ์

มีอะไรใหม่ในมาตรฐานระบบบริหารความเสี่ยง

- กรอบแนวคิดหรือองค์ประกอบหลักของระบบบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนขึ้น
  - โครงหลัก
  - การจัดการภายในองค์กร
  - ความเสี่ยงสำคัญ
  - การหมุน PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง
- องค์ประกอบสนับสนุนระบบบริหารความเสี่ยง
  - เครื่องมือใหม่คือ ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register)

กรอบในการบริหารจัดการความเสี่ยง

Figure 3: Principles, framework and risk management process from ISO 31000



Risk Management Principle

19th HA National Forum วันที่ 13-16 มีนาคม 2561

ค่า คุณภาพ ธรรม

หลักการของการบริหารความเสี่ยง

- **RM สร้างและปกป้องคุณค่า (values)**
  - การป้องกันหรือลดโอกาสเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยคือการส่งมอบบริการที่มีคุณค่า
- **RM เป็นส่วนหนึ่งของทุกกระบวนการขององค์กร (all processes)**
  - ทุกกระบวนการมีความเสี่ยงแฝงอยู่ RM จึงควรครอบคลุมทุกกระบวนการขององค์กร ตั้งแต่ระดับกลยุทธ์ถึงระดับปฏิบัติการ
- **RM เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจ (decision making)**
  - ต้องตัดสินใจว่าจะยอมรับความเสี่ยงหรือไม่ จะรับมือกับความเสี่ยงอย่างไร จะบรรเทาความเสียหายอย่างไร
- **RM แสดงออกถึงความไม่แน่นอนให้ชัดเจน (uncertainty)**
  - ความเสี่ยงเป็นเรื่องของโอกาสเกิดอุบัติการณ์ ไม่สามารถบอกได้แน่นอนในแต่ละรายว่าจะเกิดหรือไม่ แต่สามารถคาดการณ์ให้ชัดเจนเป็นตัวเลขได้ว่ามีโอกาสเกิดขึ้นเท่าไร

Source : ISO 31000 Risk Management Principles and Guidelines

หลักการของการบริหารความเสี่ยง

- RM เป็นเรื่องของความเป็นระบบ มีโครงสร้างชัด ทันเวลา (systematic)
  - Systematic ในการวิเคราะห์ข้อมูล การวางระบบเพื่อป้องกัน
  - โครงสร้างชัดคือชัดเจนว่าใครจะต้องทำอะไร เมื่อไร เช่น หน้าที่ของ risk owner กับ risk register
  - ทันเวลา คือทันเวลาในการรับรู้ความเสี่ยงและอุบัติการณ์ ทันเวลาในการปรับเปลี่ยนมาตรการป้องกัน
- RM อยู่บนพื้นฐานของสารสนเทศที่ดีที่สุดที่มีอยู่ (best information)
  - ใช้ข้อมูลที่ดีที่สุดในการวิเคราะห์ความเสี่ยง ในการเตรียมพร้อมรับมือระหว่างการทำงาน
- RM ปรับให้สอดคล้องกับบริบทและ risk profile (context)
  - ระบบ RM ต้องพิจารณาว่าบริบทองค์กรทำให้เกิดความความเสี่ยงอะไรบ้าง
  - แต่ละความเสี่ยงมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์และรุนแรงเพียงใด
- RM นำปัจจัยด้านมนุษย์และวัฒนธรรมมาพิจารณา (human and cultural)
  - ปัจจัยมนุษย์ นำมาพิจารณาว่าจะก่อให้เกิดความเสี่ยงอย่างไร และจะออกแบบป้องกันอุบัติการณ์อย่างไร
  - ปัจจัยวัฒนธรรม เป็นส่วนสำคัญในการสร้างองค์กรที่ปลอดภัยยิ่งยวด

Source : ISO 31000 Risk Management Principles and Guidelines

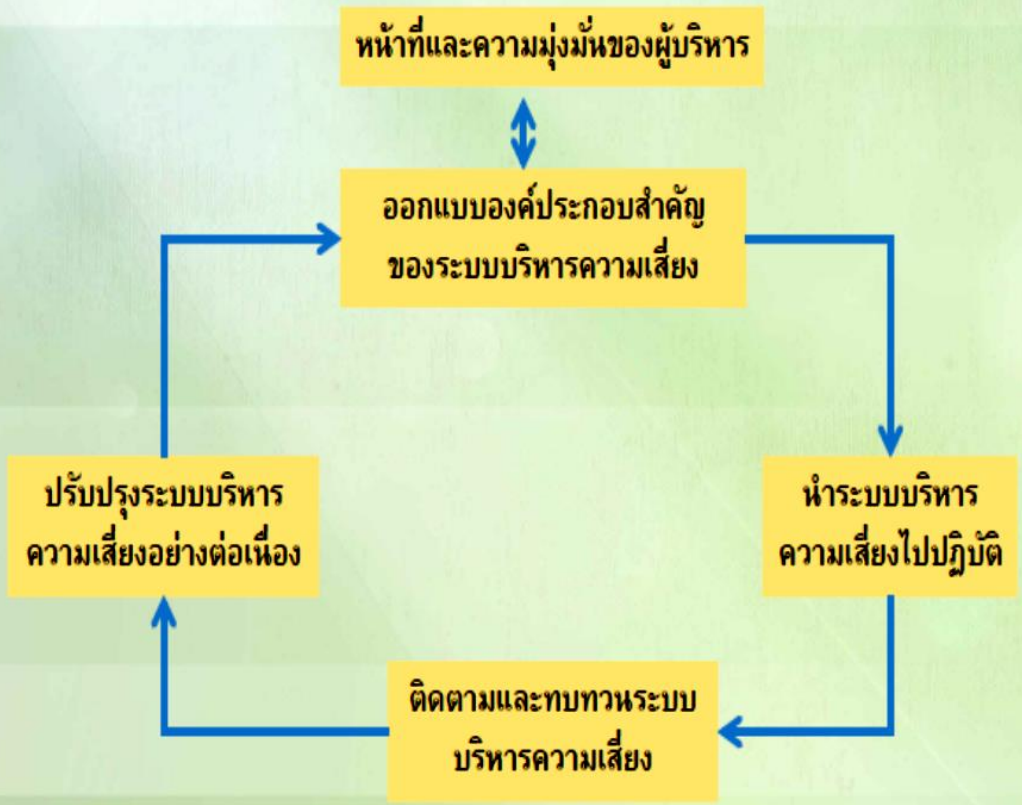
หลักการของการบริหารความเสี่ยง

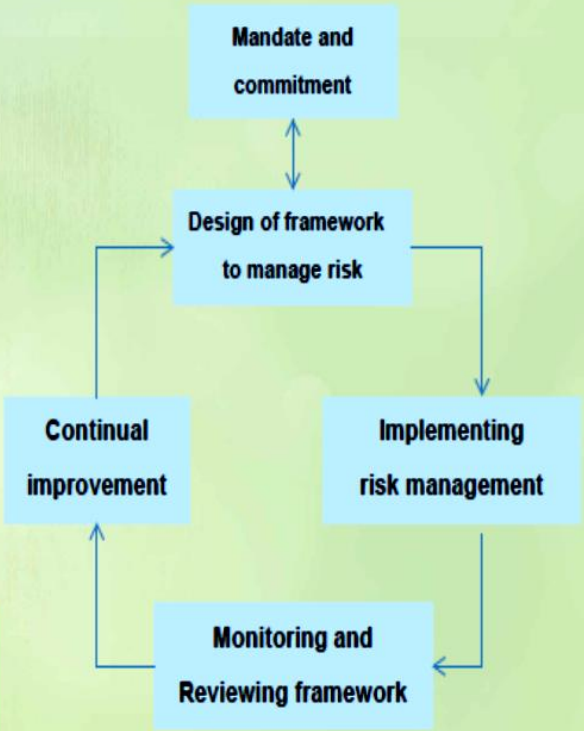
- **RM มีความโปร่งใสและและไม่กีดกัน (transparent & inclusive)**
  - มีความโปร่งใสใจการเปิดเผยข้อมูลเมื่อเกิดเหตุการณ์ เพื่อนำมาสู่การเรียนรู้
  - ทุกคนไม่ถูกกีดกันออกจากกระบวนการเรียนรู้ การระบุความเสี่ยงและแนวทางป้องกัน
- **RM มีความเป็นพลวัต หมุนซ้ำ และตอบสนองการเปลี่ยนแปลง (dynamic)**
  - มีการ update บัญชีรายการความเสี่ยงเมื่อจำเป็น
  - Risk register กำหนดให้มีวงรอบของการทบทวนที่ชัดเจน
- **RM ช่วยให้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในองค์กร (improvement)**
  - การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ นำมาสู่การปรับปรุงเพื่อป้องกัน
  - แม้ไม่เกิดอุบัติการณ์ ก็คิดถึงแผนการพัฒนามาตรการป้องกัน

Source : ISO 31000 Risk Management Principles and Guidelines

Risk Management Framework

Framework = องค์ประกอบสำคัญ





Source : ISO 31000 Risk Management Principles and Guidelines

ความมุ่งมั่นต่อการบริหารความเสี่ยง

- กำหนดนโยบายบริหารความเสี่ยงขององค์กร
- กำหนดตัวชี้วัดสำคัญสำหรับการบริหารความเสี่ยง
- กำหนดวัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง
- มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยง
- จัดสรรทรัพยากรเพื่อการบริหารความเสี่ยง
- สื่อสารประโยชน์ของการบริหารความเสี่ยง
- สนับสนุนองค์ประกอบสำคัญในระบบบริหารความเสี่ยงขององค์กร

Source : ISO 31000 Risk Management Principles and Guidelines

นโยบายและแผนบริหารความเสี่ยง

- นโยบายบริหารความเสี่ยง (Risk management Policy)

เป็นข้อความที่ระบุความมุ่งมั่นและทิศทางขององค์กรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง

- แผนบริหารความเสี่ยง (Risk Management Plan)

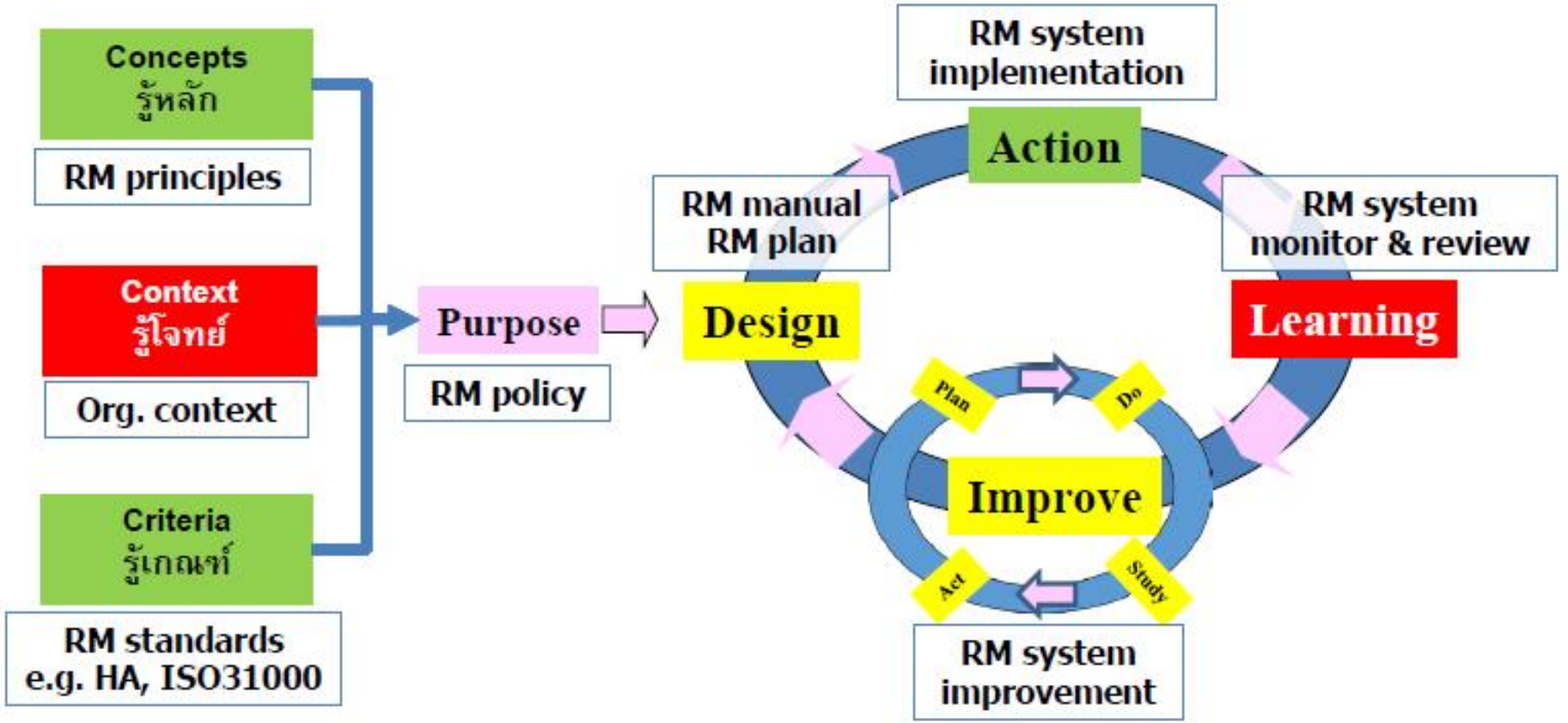
- แผนระบุองค์ประกอบของการบริหาร แนวทาง และทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยง

- องค์ประกอบของการบริหารความเสี่ยง : ระเบียบปฏิบัติ การปฏิบัติ หน้าที่รับผิดชอบ กิจกรรม (รวมทั้งลำดับขั้นและเวลา)

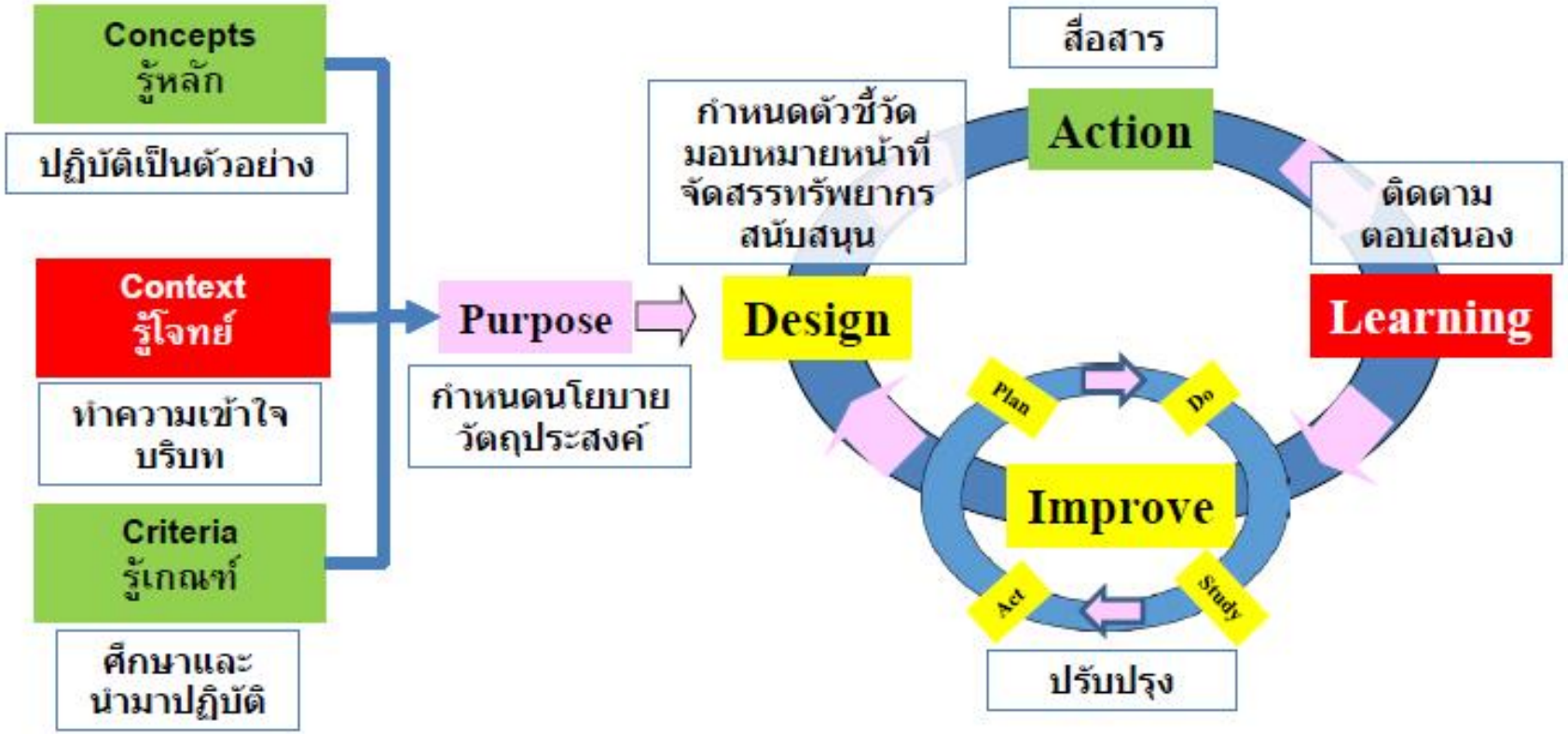
- แผนบริหารความเสี่ยงอาจจัดทำเฉพาะสำหรับบริการ กระบวนการ โครงการ สำหรับทั้งองค์กร หรือบางส่วนขององค์กร

Source : ISO 31000 Risk Management Principles and Guidelines

3C-DALI & Risk Management Framework



3C-DALI & Management Roles



วัตถุประสงค์/ประเด็นสำคัญ , โปรแกรม,รายชื่อความเสี่ยง,ระดับความรุนแรง , แนวทางการรายงาน ,แนวทางการจัดการ,การประเมินผล,ตัวชี้วัด

การค้นหา/รายงาน/ระบุความเสี่ยง

อดีต ปัจจุบัน อนาคต

การวิเคราะห์ความเสี่ยง

ระดับความรุนแรง ,ลำดับความสำคัญ (Risk matrix)

การประเมินความเสี่ยง

ยอมรับ/ไม่ยอมรับ

การจัดการกับความเสี่ยง

RCA,FMEA,HFE

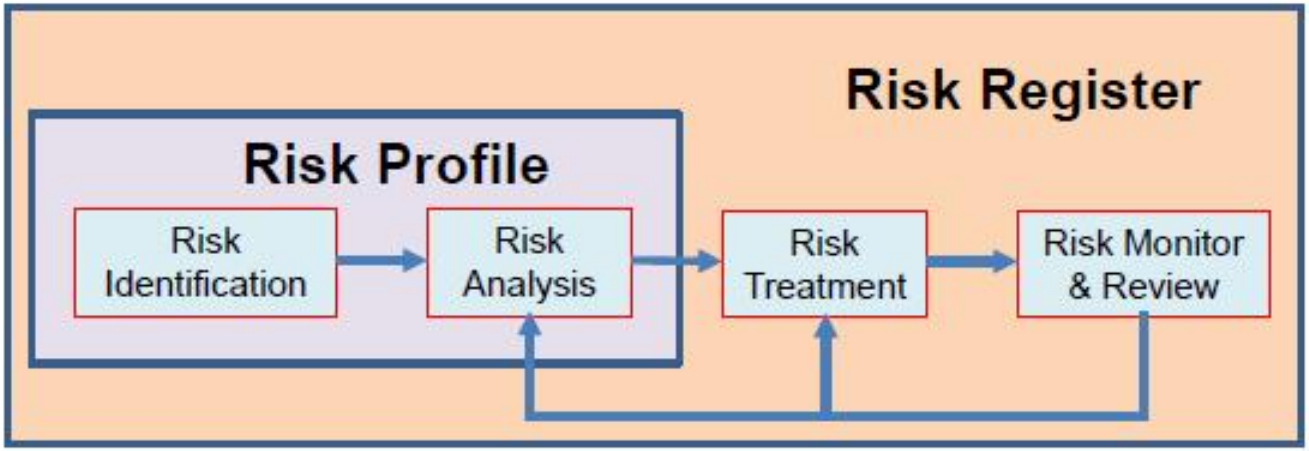
หลีกเลี่ยง ป้องกัน ถ่ายโอน แบ่งแยก ลดความสูญเสีย ชดเชย

การประสาน การสื่อสาร การให้คำปรึกษา

การติดตาม การวิเคราะห์ การทบทวน

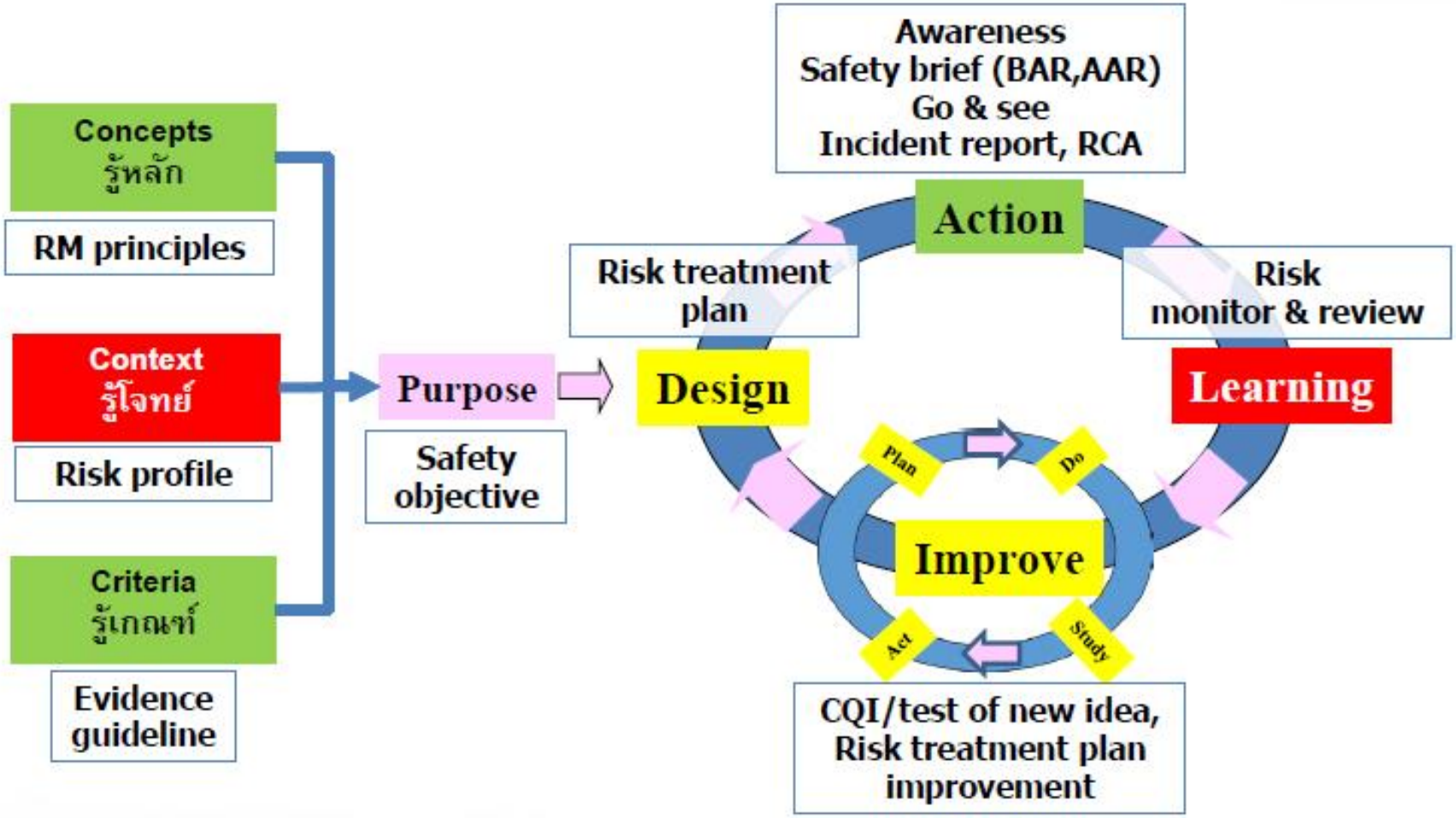
การรายงาน/ค้นหาความเสี่ยง/การบันทึก

RM Process Requirements



Risk Identification	ครอบคลุม กระชับ ชัดเจน เห็นภาพรวม
Risk Analysis	ค่าประมาณได้ใกล้เคียง สะท้อนภาพรวม คงเส้นคงวา ทั้งองค์กร
Risk Treatment Plan	เน้นออกแบบระบบ รัดกุม ได้ผล
Risk Treatment Implement	ตื่นตัว เตรียมพร้อม คุยกันบ่อยๆ
Risk Monitor & Review	สม่ำเสมอ เชื่อมโยง มีส่วนร่วม
Communication	สองทาง สม่ำเสมอ ชัดเจน ทั่วถึง

3C-DALI & Risk Management Process



II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)

II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

มีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

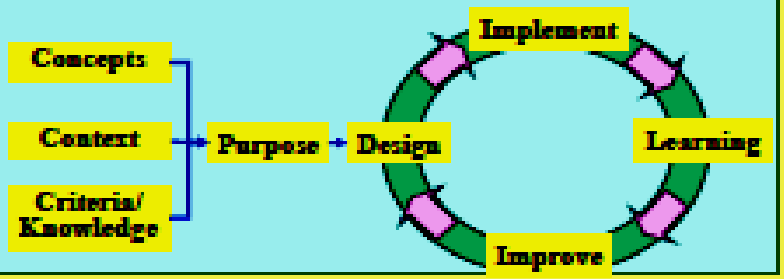
ก. ระบบบริหารงานคุ ณภาพ

3 การประสานการขับเคลื่อน QA/QI/RM/PS อย่างบูรณาการ นิยาม การเชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ การบูรณาการและประสานงานในทุกขั้นตอน โครงสร้างคุณภาพและผู้รับผิดชอบ

4 การทำงานเป็นทีม การสื่อสารและแก้ปัญหา ทีมในงานประจำวัน ทีมพัฒนาคุณภาพ ทีมนำทางคลินิกและทีมนำของระบบงาน

2 การสนับสนุนจากผู้นำ นโยบาย สำคัญ ความสำคัญ วัฒนธรรม ทบทวน กำกับติดตาม แก้ปัญหา

1 กรอบการบริหารงานคุณภาพ



5 ประเมินตนเอง ใช้วิธีการที่หลากหลาย พิจารณาความต้องการและข้อกำหนดต่างๆ (ผู้ป่วย วิชาชีพ องค์กร มาตรฐาน HA)

7 ประเมิน และชี้นำ การพัฒนาคุณภาพ

6 วัดผลการ ดำเนินการ

8 จัดทำแผน พัฒนาคุณภาพ

9 นำแผนพัฒนาไป ปฏิบัติ & ติดตาม

10 เผยแพร่ข้อมูล บริการ ผลการดูแลรักษา ผลการดำเนินการขององค์กร

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

1 ทบทวนการให้บริการ และการดูแลผู้ป่วย

2 กำหนดกลุ่ม เป้าหมายการพัฒนา

3 ติดตามผลการดูแลผู้ป่วย

แผนพัฒนาคุณภาพ

4 นำแผนไปปฏิบัติ

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป

3 การประเมินความเสี่ยง

ควรครอบคลุมการจัดการด้านยา การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การติดเชื้อ การระบุตัวผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล โภชนาการ ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ ความเสี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว

4 การรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เหตุเกือบพลาด

รายงาน ตรวจสอบข้อเท็จจริง ปฏิบัติการ ฝึกอบรม จัดทำบันทึก วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง ให้ข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบ

5 จัดการประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ

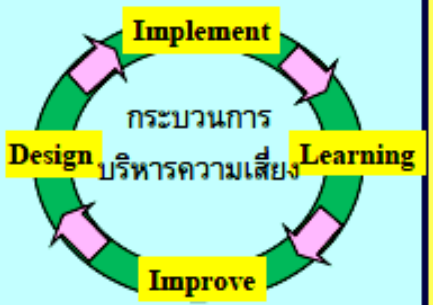
ประเด็นที่องค์การอนามัยโลกระบุ เป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย ออกแบบ สื่อสาร สร้างความตระหนัก นำไปปฏิบัติ

2 การสนับสนุนระบบบริหารความเสี่ยง

นโยบายบริหารความเสี่ยง แผนจัดการความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง ทะเบียนจัดการความเสี่ยง รายงานอุบัติการณ์ กำกับติดตาม ทบทวน

1 กรอบการบริหารความเสี่ยง

โครงหลัก การจัดการภายในองค์กร ความเสี่ยงที่จะจัดการ



6 การประเมินประสิทธิผล

ของโปรแกรมบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

ระบบบริการความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผล

ข. ข้อกำหนดเฉพาะประเด็น

1 โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (I-5.1 c)

2 อาคารสถานที่ พื้นที่ใช้สอย อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และวัสดุครุภัณฑ์ (II-3.1, 3.1, 6)

3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเวชระเบียน (II-4, 5)

Risk Management Process & DALI

Mindfulness
(ต่อมเอ๊ะ)

Evidence: PSG (SIMPLE)
Risk Identification:
- past AE
- potential risk

Monitor
Trace
AE Review (by case)
- Reported AE
- Trigger Tool
- Informal report
Review by risk owner

อ้างอิงจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป

3 การประเมินความเสี่ยง

ควรครอบคลุมการจัดการด้านยา การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การติดเชื้อ การระบุตัวผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล โภชนาการ ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ ความเสี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว

4 การรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เหตุเกือบพลาด

รายงาน ตรวจสอบข้อเท็จจริง ปฏิบัติการ ฝึกอบรม จัดทำบันทึก วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง ให้ข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบ

5 จัดการประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ

ประเด็นที่องค์การอนามัยโลกระบุ เป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย ออกแบบ สื่อสาร สร้างความตระหนัก นำไปปฏิบัติ

2 การสนับสนุนระบบบริหารความเสี่ยง

นโยบายบริหารความเสี่ยง แผนจัดการความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง ทะเบียนจัดการความเสี่ยง รายงานอุบัติการณ์ กำกับติดตาม ทบทวน

1 กรอบการบริหารความเสี่ยง

โครงหลัก การจัดการภายในองค์กร ความเสี่ยงที่จะจัดการ

6 การประเมินประสิทธิผล

ของโปรแกรมบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

ระบบบริการความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผล

ข. ข้อกำหนดเฉพาะประเด็น

1 โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (I-5.1 c)

2 อาคารสถานที่ พื้นที่ใช้สอย อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และวัสดุครุภัณฑ์ (II-3.1, 3.1, 6)

3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเวชระเบียน (II-4, 5)

ก. ข้อกำหนดทั่วไป : ข้อ (1)

ก. ข้อกำหนดทั่วไป

(1) องค์กรดำเนินการระบบบริหารความเสี่ยง โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนการออกแบบระบบ การนำไปปฏิบัติ การธำรง และการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมาตรการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ดังต่อไปนี้:

- โครงหลักของการบริหารความเสี่ยง เช่น นโยบายการบริหารความเสี่ยง ขอบเขตการประเมินความเสี่ยง วัตถุประสงค์ ภารกิจ และความมุ่งมั่นในการบริหารความเสี่ยง ที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร;
- การจัดการภายในองค์กร เช่น สรุปแผนจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ การออกแบบกระบวนการและกิจกรรม การเชื่อมโยงกับระบบอื่น การกำหนดองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีม ทรัพยากรที่ใช้ การอบรมบุคลากร กระบวนการการสื่อสารกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย การกำกับติดตามและประเมินผล;

- รายการความเสี่ยงที่จะจัดการ ควรครอบคลุมความเสี่ยงด้านยุทธศาสตร์ ด้านคลินิก ด้านปฏิบัติการ ด้านการเงิน และด้านอันตรายต่างๆ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทุกระดับร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดของการบริหารความเสี่ยง
  - หลักปรัชญาของการบริหารความเสี่ยง (risk management principles)
    - Value: การบริหารความเสี่ยงสร้างและปกป้องคุณค่า
    - Integration: บูรณาการการบริหารความเสี่ยงในทุกกิจกรรมขององค์กร
    - Systematic: ใช้แนวทางที่เป็นระบบ
    - Organization objective: เชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์และกลยุทธ์ขององค์กร
    - Inclusive: เชื้อเชิญผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วม ทำงานแบบสหสาขา
    - Dynamic: มีความเป็นพลวัต หมุนซ้ำ ตอบสนองการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม
    - Informed decision: ตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในขณะนั้น
    - Human & cultural factors: พิจารณาปัจจัยมนุษย์และวัฒนธรรม
    - Continual improvement: ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
  - **กรอบการบริหารความเสี่ยง** (risk management framework) คือชุดขององค์ประกอบที่สนับสนุนการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กรและทำให้ยั่งยืน
    - **โครงหลักหรือพื้นฐาน** (foundation) ของการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ นโยบายการบริหารความเสี่ยง ขอบเขตการประเมินความเสี่ยง วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง ภารกิจของผู้นำ ความมุ่งมั่นในการบริหารความเสี่ยง

ฉบับร่าง เพื่อใช้ในห

- **การจัดการที่มีลักษณะพลวัต** (arrangement) ได้แก่ แผนการบริหารความเสี่ยง กระบวนการและกิจกรรมที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยง ความสัมพันธ์ของการบริหารความเสี่ยงกับระบบอื่น การกำหนดภาระรับผิดชอบและหน้าที่รับผิดชอบ การจัดสรรทรัพยากร การอบรมบุคลากร การสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การกำกับติดตามประเมินผล
- การหมุนวงล้อของการออกแบบและการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง

○ กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย การปรึกษาและสื่อสาร การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การรับมือกับความเสี่ยง การติดตามและทบทวน

○ ความเสี่ยงที่องค์กรเผชิญและต้องนำมาพิจารณาจัดการ ครอบคลุมความเสี่ยงด้านยุทธศาสตร์ ด้านคลินิก ด้านปฏิบัติการ ด้านการเงิน และด้านอันตรายต่าง ๆ.

- องค์กรดำเนินการระบบบริหารความเสี่ยง ซึ่งมีการหมุนวงล้อการพัฒนา (PDSA) อย่างต่อเนื่อง

HA501

การกำหนดบริบท

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

การกำหนดบริบท

หมายถึงการกำหนดตัวแปรภายนอกและภายในที่องค์กรต้องพิจารณาในการกำหนดขอบเขตของระบบบริหารความเสี่ยง การกำหนดนโยบายบริหารความเสี่ยง และการจัดทำ risk criteria.

บริบทภายนอก (External Context) ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อวิธีการบริหารความเสี่ยง เช่น

- ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (ค่านิยม การรับรู้ ความสัมพันธ์)
- สิ่งแวดล้อมในระดับต่างๆ (พื้นที่ ประเทศ สากล)
- สิ่งแวดล้อม (สังคม วัฒนธรรม การเมือง กฎหมาย ข้อบังคับ การเงิน เทคโนโลยี เศรษฐกิจ ธรรมชาติ การแข่งขัน)

บริบทภายใน (Internal Context) ปัจจัยภายในที่มีผลต่อวิธีการบริหารความเสี่ยง เช่น

- ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน
- ระบบกำกับดูแล (โครงสร้าง นโยบาย วัตถุประสงค์ บทบาท ภาระรับผิดชอบ กระบวนการตัดสินใจ)
- ความสัมพันธ์เชิงพันธสัญญา
- ความสามารถขององค์กร (ความรู้ ทรัพยากรบุคคล เทคโนโลยี ทุน และระบบ)
- วัฒนธรรม มาตรฐาน

วัตถุประสงค์การบริหารจัดการความเสี่ยง

- การบรรลุวิสัยทัศน์ พันธะกิจ ค่านิยม
- ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ
- โครงการต่าง ๆ

- Clinical risk
- Non clinical risk

- การเบิกจ่ายเงิน
- การใช้ทรัพยากรไม่คุ้ม
- การควบคุมภายใน

- ภัยพิบัติ
- ภัยธรรมชาติ
- ความปลอดภัย

การระบุความเสี่ยงทางคลินิก

- รายงานอุบัติการณ์
- การทบทวนคุณภาพ
- การทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ **trigger tools**

- การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย
- การวิเคราะห์โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในแต่ละโรค
- การตามรอยการดูแลผู้ป่วย

- บทเรียนจาก รพ.อื่น
- **Patient Safety Goals (SIMPLE)**

ประเภทความเสี่ยง 4 ด้าน

1. **ด้านยุทธศาสตร์ (Strategic Risk)** ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในระดับยุทธศาสตร์ การกำหนดกลยุทธ์ หรือแผนงาน และนโยบายในการบริหารงานรวมถึงความเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกด้านการเมือง เศรษฐกิจ กฎหมาย การตลาด ภาพลักษณ์ และลูกค้า
2. **ด้านปฏิบัติงาน (Operational Risk)** ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในระดับปฏิบัติการทุกๆ ขั้นตอนโดยครอบคลุมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบ กระบวนการ อุปกรณ์ เทคโนโลยีสารสนเทศ บุคลากรในองค์กร
3. **ด้านการเงิน (Financial Risk)** ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับด้านการเงิน เช่น ความผิดพลาดจากการเบิกจ่าย การใช้ทรัพยากรไม่คุ้มค่า การเรียกเก็บค่าบริการไม่ครบถ้วน ขาดการบริหารลูกหนี้ ข้อมูลการเงินคลาดเคลื่อน การขาดสภาพคล่องทางการเงิน เป็นต้น
4. **ด้านความปลอดภัยจากอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน (Hazard Risk)** หมายถึงความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในด้านความปลอดภัยจากอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน เช่น จากภัยพิบัติ การก่อการร้าย

มิติด้านการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง

ประเด็น	หัวข้อ	เอกสารแนบ	หมายเลขข้อในระบบ	ประเภทเอกสาร	ช่วงเวลา
๔. การบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร (ERM)	๔.๑ คณะทำงานหรือคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง มีการประชุมเพื่อพิจารณาความเสี่ยงและประเด็นการควบคุมความเสี่ยง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	๔.๑	PDF	
	๔.๒ จัดทำแผนบริหารความเสี่ยง ครอบคลุม ๔ ด้าน				
	๔.๒.๑ ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (S)				
	๔.๒.๑.๑ ด้านการเงินและงบประมาณ	- แผนบริหารความเสี่ยง ๔ ด้าน ได้รับอนุมัติจากผู้บริหาร	๔.๒.๑.๑	PDF	
	๔.๒.๒ ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (O)				
	๔.๒.๒.๑ ด้านการบริหาร	- แผนบริหารความเสี่ยง ๔ ด้าน ได้รับอนุมัติจากผู้บริหาร	๔.๒.๔	PDF	
	๔.๒.๒.๒ ด้านพัสดุ		๔.๒.๕	PDF	
	๔.๒.๒.๓ ด้านบุคคล		๔.๒.๖	PDF	
	๔.๒.๒.๔ ด้านความปลอดภัย		๔.๒.๗	PDF	
	๔.๒.๒.๕ ด้านเทคโนโลยี		๔.๒.๘	PDF	
	๔.๒.๓ ความเสี่ยงด้านการเงิน (F)				
	๔.๒.๓.๑ ด้านสภาพคล่องทางการเงิน	- แผนบริหารความเสี่ยง ๔ ด้าน ได้รับอนุมัติจากผู้บริหาร	๔.๒.๓	PDF	
	๔.๒.๔ ความเสี่ยงด้านการกฎหมาย ระเบียบ (C)	- แผนบริหารความเสี่ยง ๔ ด้าน ได้รับอนุมัติจากผู้บริหาร	๔.๒.๔	PDF	
	๔.๓ กำหนดวัตถุประสงค์ให้สอดคล้อง กับยุทธศาสตร์ หรือ แผนงาน หรือ โครงการ ให้ชัดเจน	- KPI ในแต่ละแผนบริหารความเสี่ยงแต่ละด้าน	๔.๓	PDF	
	๔.๔ การรายงานผลการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร				
	๔.๔.๑ แนวทาง หรือ วิธีการบริหารความเสี่ยง	- แบบรายงานผลการบริหารความเสี่ยงครอบคลุม ๔ ด้าน	๔.๔.๑	PDF	
	๔.๔.๒ หลักฐานเชิงประจักษ์ของกรบริหารความเสี่ยงรายงานติดตามความก้าวหน้า	- บันทึกรายงานความก้าวหน้า	๔.๔.๒	PDF	

กลุ่มตรวจสอบภายใน
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ความมุ่งมั่นต่อการบริหารความเสี่ยง

- กำหนดนโยบายบริหารความเสี่ยงขององค์กร
- กำหนดตัวชี้วัดสำคัญสำหรับการบริหารความเสี่ยง
- กำหนดวัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง
- มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยง
- จัดสรรทรัพยากรเพื่อการบริหารความเสี่ยง
- สื่อสารประโยชน์ของการบริหารความเสี่ยง
- สนับสนุนองค์ประกอบสำคัญในระบบบริหารความเสี่ยงขององค์กร

Source : ISO 31000 Risk Management Principles and Guidelines

นโยบายและแผนบริหารความเสี่ยง

- นโยบายบริหารความเสี่ยง (Risk management Policy)

เป็นข้อความที่ระบุความมุ่งมั่นและทิศทางขององค์กรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง

- แผนบริหารความเสี่ยง (Risk Management Plan)

- แผนระบุองค์ประกอบของการบริหาร แนวทาง และทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยง

- องค์ประกอบของการบริหารความเสี่ยง : ระเบียบปฏิบัติ การปฏิบัติ หน้าที่รับผิดชอบ กิจกรรม (รวมทั้งลำดับขั้นและเวลา)

- แผนบริหารความเสี่ยงอาจจัดทำเฉพาะสำหรับบริการ กระบวนการ โครงการ สำหรับทั้งองค์กร หรือบางส่วนขององค์กร

Source : ISO 31000 Risk Management Principles and Guidelines

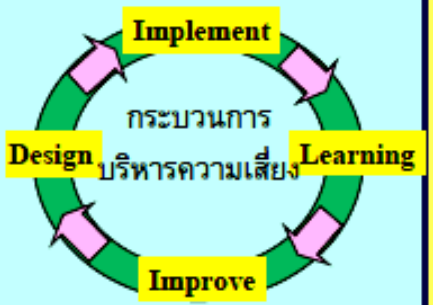
II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป

1 กรอบการบริหารความเสี่ยง

โครงหลัก
การจัดการภายในองค์กร
ความเสี่ยงที่จะจัดการ



2 การสนับสนุนระบบบริหารความเสี่ยง

นโยบายบริหารความเสี่ยง
แผนจัดการความเสี่ยง
กระบวนการบริหารความเสี่ยง
ทะเบียนจัดการความเสี่ยง
รายงานอุบัติการณ์
กำกับติดตาม ทบทวน

3 การประเมินความเสี่ยง

ควรครอบคลุมการจัดการด้านยา การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การติดเชื้อ การระบุตัวผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล โภชนาการ ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ ความเสี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว

4 การรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เหตุเกือบพลาด

รายงาน ตรวจสอบข้อเท็จจริง ปฏิบัติการ ฝึกอบรม จัดทำบันทึก วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง ให้ข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบ

5 จัดการประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ

ประเด็นที่องค์การอนามัยโลกระบุ
เป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย
ออกแบบ สื่อสาร สร้างความตระหนัก
นำไปปฏิบัติ

6 การประเมินประสิทธิผล

ของโปรแกรมบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

ระบบบริการความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผล

ข. ข้อกำหนดเฉพาะประเด็น

1 โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (I-5.1 c)

2 อาคารสถานที่ พื้นที่ใช้สอย อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และวัสดุครุภัณฑ์ (II-3.1, 3.1, 6)

3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเวชระเบียน (II-4, 5)

ก. ข้อกำหนดทั่วไป : ข้อ (2)

(2) ระบบบริหารความเสี่ยงได้รับการสนับสนุนโดยการมีนโยบาย แผน ระเบียบปฏิบัติ ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) และกระบวนการต่างๆ ดังนี้:

- นโยบายการบริหารความเสี่ยง แสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยง และแสดงทิศทางในการดำเนินงาน;
- แผนการบริหารความเสี่ยง แสดงวิธีการที่องค์กรจะใช้ในการบริหารความเสี่ยง เช่น ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ความรับผิดชอบ กิจกรรม และทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยง;
- กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง (โอกาสที่จะเกิด และผลที่จะตามมา) การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงแต่ละชนิด แผนรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง;
- ทะเบียนจัดการความเสี่ยง ควรใช้บันทึกข้อมูลความเสี่ยงทั้งหมดที่ระบุไว้ (ทั้งทางด้านคลินิก และด้านที่ไม่ใช่คลินิก) และมีการปรับปรุงข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ. ควรมีการจัดระดับความเสี่ยงที่ระบุตามความรุนแรงและโอกาสเกิดผลกระทบต่อองค์กร.

ควรมีแผนในการหลีกเลี่ยง ควบคุม บรรเทา และกำกับติดตามความเสี่ยงแต่ละรายการที่ระบุไว้;

- มีระเบียบปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งการจัดการเมื่อได้รับรายงานและการบันทึกข้อมูล;
- องค์กรควรเฝ้าติดตามในประเด็น ผลการดำเนินงานจริงเทียบกับแผนการดำเนินงาน ตรวจสอบสถานการณ์ปัจจุบันและประเด็นเฉพาะที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แล้วนำข้อมูลจากการกำกับติดตามและทบทวนไปใช้ในการพัฒนา.

(ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง แสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยง และแสดงทิศทางในการดำเนินงาน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยง
    - คู่มือบริหารความเสี่ยง เช่น ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ความรับผิดชอบ
    - แผนการบริหารความเสี่ยง แสดงกิจกรรมและทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยงในรอบปี
- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงจัดทำรายละเอียดของวิธีปฏิบัติในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวน
- องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) เพื่อสนับสนุนกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยใช้ต่อยอดจาก risk profile ซึ่งเป็นที่คุ้นเคย
    - บันทึกข้อมูลความเสี่ยงทั้งหมดที่ระบุไว้ (ทั้งทางด้านคลินิก และด้านที่ไม่ใช่คลินิก) โดยพิจารณาจัดทำทะเบียนในระดับและส่วนงานต่าง ๆ ตามความเหมาะสม
    - จัดระดับความเสี่ยงที่ระบุตามความรุนแรงและโอกาสเกิดผลกระทบต่อองค์กร

ฉบับร่าง เพื่อใช้

- มีแผนในการหลีกเลี่ยง ควบคุม บรรเทา และกำกับติดตามความเสี่ยงแต่ละรายการที่ระบุไว้
- เน้นการใช้เครื่องมือนี้เพื่อให้เกิดการทบทวนมาตรการรับมือกับความเสี่ยงตามกำหนดเวลา เพื่อปิดช่องโหว่ของมาตรการดังกล่าวตามสาเหตุที่เรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงจัดทำระเบียบปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งการจัดการเมื่อได้รับรายงานและการบันทึกข้อมูล
- ผู้นำมอบหมายให้มีการติดตามการดำเนินงานจริงเทียบกับแผนการดำเนินงาน ตรวจสอบสถานการณ์ปัจจุบันและประเด็นเฉพาะที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แล้วนำข้อมูลจากการกำกับติดตามและทบทวนไปใช้ในการพัฒนา

IA501

นโยบายในการบริหารจัดการความเสี่ยง

นโยบายการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

เพื่อให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการของโรงพยาบาลท่าฉางและเครือข่ายในชุมชน มีความปลอดภัย และได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ และสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

1. ดำเนินการเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล โรงพยาบาล และชุมชน เพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัย และมีการบริหารจัดการความเสี่ยงครอบคลุมทั้งด้านยุทธศาสตร์ การเงิน การปฏิบัติการ ความปลอดภัยและกฎหมายและนโยบายการบริหารความเสี่ยง
2. นำระบบบริหารจัดการความเสี่ยงสู่การปฏิบัติทุกหน่วยงาน ทุกระบบ ทุกทีม ทุกโปรแกรมในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดคุณภาพ และความปลอดภัย
3. เจ้าหน้าที่ทุกท่านในองค์กร มีหน้าที่ในการค้นหาและจัดการความเสี่ยงเบื้องต้น
4. การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นโอกาสที่นำไปสู่การพัฒนา มิใช่เป็นการจับผิดหรือการลงโทษ
5. กำหนดให้ 2P Safety Goal เป็นนโยบายความปลอดภัยของผู้รับบริการของโรงพยาบาล และนำไปสู่การปฏิบัติในองค์กร
6. มีการพัฒนาคุณภาพ และความปลอดภัยผ่านระบบ National Report Learning System (NRLS) เพื่อให้เกิดการประสานและเชื่อมโยงข้อมูลทั้งในองค์กรและองค์กรอื่นๆ
7. มีการประเมินผลระบบบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

- เป็นข้อความที่ระบุความมุ่งมั่น และทิศทางในการบริหารจัดการความเสี่ยงในองค์กร

แผนในการบริหารจัดการความเสี่ยง

- เป็นแผนระบุองค์ประกอบของการบริหารจัดการ แนวทาง และทรัพยากรที่ใช้ในการบริหารจัดการความเสี่ยง
- องค์ประกอบในการบริหารจัดการได้แก่ ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ กิจกรรม หน้าที่ความรับผิดชอบ (ลำดับในการดำเนินการ และห้วงเวลา)
- แผนการบริหารจัดการอาจทำเฉพาะการให้บริการ กระบวนการการ โครงการสำหรับทั้งองค์กร หรือบางส่วน

แผนการพัฒนาระบบบริหารจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลท่าฉาง ปีงบประมาณ 2561

กิจกรรม	2561												หมายเหตุ
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
การประชุมคณะกรรมการความเสี่ยง													
การอบรมความรู้ในการบริหารจัดการความเสี่ยงให้กับคณะกรรมการ													
การตามรอยกระบวนการการบริหารจัดการความเสี่ยง													
จุลสารการบริหารจัดการความเสี่ยง													
การทดสอบความรู้ในการบริหารจัดการความเสี่ยงให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล													
การรณรงค์ในเรื่องการรายงานความเสี่ยง ความปลอดภัย และ 2P safety													
การอบรมการบริหารจัดการความเสี่ยงให้กับทีมนำ คณะกรรมการความเสี่ยง				24									
การอบรมการบริหารจัดการความเสี่ยงให้กับข้าราชการ วิชาชีพ				25									
การอบรมการบริหารจัดการความเสี่ยงให้กับลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างประจำ				26									

วัตถุประสงค์/ประเด็นสำคัญ , โปรแกรม,รายชื่อความเสี่ยง,ระดับความรุนแรง , แนวทางการรายงาน ,แนวทางการจัดการ,การประเมินผล,ตัวชี้วัด

การค้นหา/รายงาน/ระบุความเสี่ยง

อดีต ปัจจุบัน อนาคต

การวิเคราะห์ความเสี่ยง

ระดับความรุนแรง ,ลำดับความสำคัญ (Risk matrix)

การประเมินความเสี่ยง

ยอมรับ/ไม่ยอมรับ

การจัดการกับความเสี่ยง

RCA,FMEA,HFE

หลีกเลี่ยง ป้องกัน ถ่ายโอน แบ่งแยก ลดความสูญเสีย ชดเชย

การรายงานความเสี่ยง/การบันทึก

การประสาน การสื่อสาร การให้คำปรึกษา

การติดตาม การวิเคราะห์ ทบทวน

เป้าหมาย

รับรู้

ความเสี่ยง (ก่อนเกิดเหตุ)
อุบัติการณ์ (หลังเกิดเหตุ) : สังเกต จดบันทึก

ป้องกัน

แนวทาง มาตรฐานต่าง ๆ
การออกแบบ : Human Factors Engineering
ความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า : Near miss
Non- technical skill training & design

จัดการ

การวางระบบ
การแก้ปัญหาเฉพาะกรณี
การเรียนรู้สู่การป้องกัน

ตระหนัก

เรียนรู้จากเหตุที่เคยเกิดขึ้น
วัฒนธรรมความปลอดภัย

	วิธีการที่ค้นหา	เคยใช้	คุณค่าที่เกิดขึ้น
เรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น			
	บันทึกประจำวันต่างๆ ,รายงานต่างๆ		
	เวชระเบียน		
	12 กิจกรรมทบทวน		
	คำร้องเรียนผู้รับบริการ		
	การสัมภาษณ์		
เรียนรู้จากผู้อื่น			
	หนังสือพิมพ์		
	Internet		
	พูดคุย/ปรึกษากับเพื่อนร่วมวิชาชีพโรงพยาบาลอื่น		
การวิเคราะห์ช่องโหว่ในการทำงาน			
	การสำรวจ การเดิน Round ตามรอย		
	วิเคราะห์กระบวนการการทำงาน FMEA		
การเฝ้าระวังไปข้างหน้า			
	การรายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยง		

ขั้นตอนการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อุบัติการณ์และการตอบสนอง

ระดับความรุนแรง	การรายงาน	ระยะเวลาการนำส่งใบรายงาน	แนวทางการจัดการ	ระยะเวลาการวางมาตรการป้องกัน	ระยะเวลาการติดตามผล
A – D ระดับ 1 - 2	รายงานตามระบบ	สามารถนำส่งได้ทุกวัน	รวบรวมและดูแนวโน้มว่ามีความถี่ที่สูงขึ้นหรือไม่	ดูแนวโน้มความถี่	2 เดือน
E,F ระดับ 3 เสี่ยงต่อ Sentinel event	รายงานตามระบบ	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

Risk register

ทะเบียนข้อมูลความเสี่ยง (Risk Register)

คือเอกสารหลักหรือ Master document ที่รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่ การวางแผนการบริหารความเสี่ยง ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ดำเนินการก่อนที่จะดำเนินการจริงเพื่อพัฒนาต่อไป ซึ่งหากการวางแผนไม่เหมาะสม ได้แผนการบริหารความเสี่ยงที่ไม่ดี ก็เท่ากับว่า หน่วยงานองค์กรไม่มีแผนสำหรับการบริหารจัดการกับความเสี่ยงหรือมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลได้ดีพอ

ตัวอย่าง Risk Register

Risk ID	Source	Date Added	Risk Title	Risk Description	Likelihood	Consequence	Risk Grade
					1-5	1-5	

Prevention	Monitor & Control	Mitigation Plan	Risk Owner	Review Frequency	Date Last Review	Result of Review	Residual Risk Grade	Risk Status

Risk ID
Source
Date Added
Risk Title
Risk Description
Risk Owner
Date Last Review
Result of Review
Risk Status
Likelihood
Consequence
Risk Grade/Level
Prevention
Monitor & Control
Mitigation

Risk Identify

Review

Risk Assessment

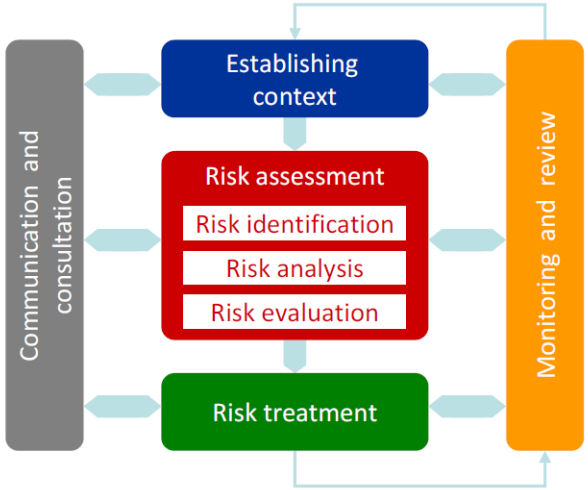
Plan Forward

Risk Register

1. Risk Identification

	Risk Identification			Risk Analysis			
	Risk ID	Risk Title	Risk Description	Quarter	Likelihood (frewquency)	Consequence (Impact)	Risk Level
					1-5	1-5	
	A01			Q1			0
				Q2			0
				Q3			0
				Q4			0

2. Risk Assessment



Risk Monitoring & Review

	Risk Monitoring & Review					
Risk ID	Risk Owner	Review Frequency	Date Last Review	Result of Review	Residual Risk Level	Risk Status
						active/closed
A01						

- มีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้เพียงใด มีปัญหาอุปสรรคอะไร
- ระดับอุบัติการณ์เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร
- ควรมีการปรับปรุงมาตรการอะไรบ้าง

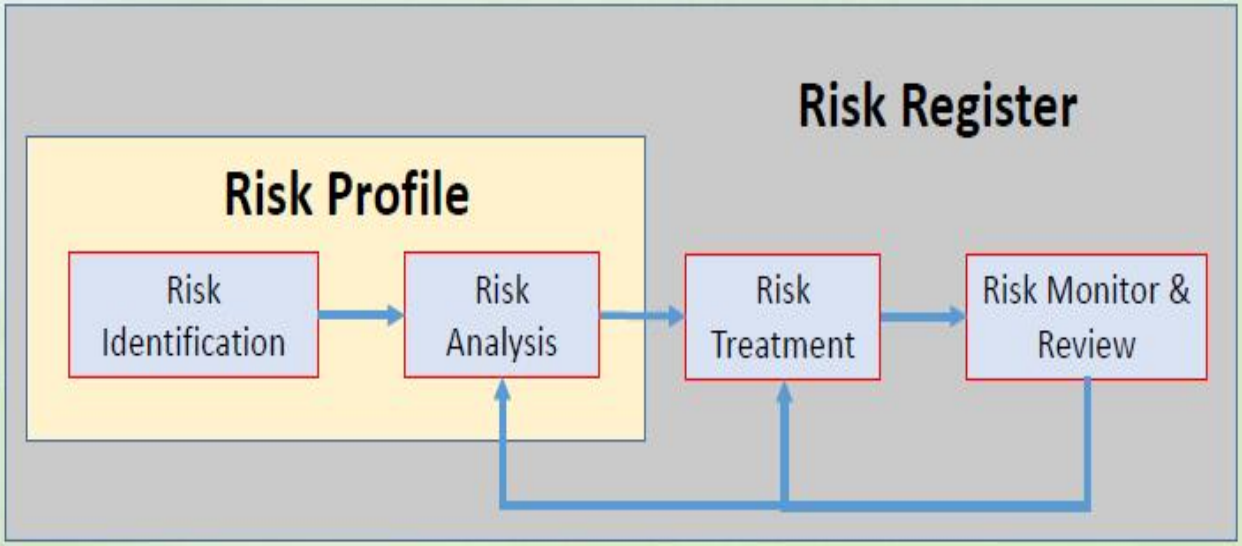
	Risk Treatment Plan			
Risk ID	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor & Control	Risk Mitigation	QI Plan
	มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตามและควบคุม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
A01				

ที่มา: สรพ.

3. Plan Risk Response

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

Risk Register เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ทำให้เป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต มีการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง



Risk Profile เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสี่ยง
วิเคราะห์สิ่งคุกคามที่องค์กรเผชิญ
อาจนำเสนอในรูป risk matrix หรือ risk rating table

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป

3 การประเมินความเสี่ยง
ควรครอบคลุมการจัดการด้านยา การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การติดเชื้อ การระบุตัวผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล โภชนาการ ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ ความเสี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว

4 การรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เหตุเกือบพลาด
รายงาน ตรวจสอบข้อเท็จจริง ปฏิบัติการ ฝึกอบรม จัดทำบันทึก วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง ให้ข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบ

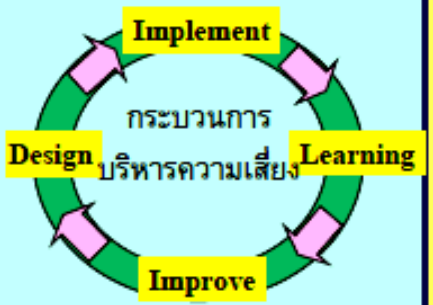
5 จัดการประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ
ประเด็นที่องค์การอนามัยโลกระบุ เป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย ออกแบบ สื่อสาร สร้างความตระหนัก นำไปปฏิบัติ

6 การประเมินประสิทธิผล
ของโปรแกรมบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

2 การสนับสนุนระบบบริหารความเสี่ยง
นโยบายบริหารความเสี่ยง แผนจัดการความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง ทะเบียนจัดการความเสี่ยง รายงานอุบัติการณ์ กำกับติดตาม ทบทวน

1 กรอบการบริหารความเสี่ยง

โครงหลัก
การจัดการภายในองค์กร
ความเสี่ยงที่จะจัดการ



ระบบบริการความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผล

ข. ข้อกำหนดเฉพาะประเด็น

1 โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (I-5.1 c)

2 อาคารสถานที่ พื้นที่ใช้สอย อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และวัสดุครุภัณฑ์ (II-3.1, 3.1, 6)

3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเวชระเบียน (II-4, 5)

ก. ข้อกำหนดทั่วไป : ข้อ (3)

(3) องค์กรมีการประเมินความเสี่ยงภายในองค์กร ทั้งนี้ เพื่อปกป้องผู้ป่วย/ผู้รับบริการ จากผลไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการให้บริการ การประเมินความเสี่ยงควรครอบคลุมประเด็นเรื่อง:

- การจัดการด้านยา;
- การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ;
- การควบคุมการติดเชื้อ;
- การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด;
- การสื่อสารที่ผิดพลาดในช่วงการส่งมอบผู้ป่วยให้หน่วยงานอื่นดูแลต่อ;

- โภชนาการ;
- ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ เช่น การใส่ท่อหรือสายที่ผิดพลาด, แผลไฟไหม้/การบาดเจ็บจากการรักษาด้วยเลเซอร์;
- ความเสี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว เช่น แผลกดทับ.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

การประเมินความเสี่ยง

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจเรื่องการค้นหาความเสี่ยงในประเด็นต่อไปนี้
  - เป้าหมายของการค้นหาความเสี่ยงควรมุ่งเพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการป้องกัน และการนำไปปฏิบัติ มิใช่เพียงแค่การจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง
  - การแบ่งประเภทของความเสี่ยง เป็นเพียงเพื่อทำให้สามารถค้นหาความเสี่ยงได้ครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้นและช่วยให้ง่ายต่อการส่งข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ ไม่ควรก่อให้เกิดความกังวลว่าจะระบุประเภทของความเสี่ยงได้ถูกต้องหรือไม่
  - ความเสี่ยงคือโอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์ อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วเป็นความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยรายอื่นๆ ในอนาคต การค้นหาความเสี่ยงอาจจะพิจารณาโอกาสที่จะเกิดอุบัติการณ์ร่วมกับสถิติอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น
  - วิธีการค้นหาความเสี่ยง อาจจะทำได้โดย
    - พิจารณาจากประเด็นที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน
    - ประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัยที่องค์การอนามัยโลกระบุ และเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย (2P Safety)

ฉบับร่าง เพื่อใช้ในการ

- เรียนรู้จากบทเรียนของผู้อื่น เช่น รายงานจากสื่อมวลชน การพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญ การเรียนรู้จากเครือข่าย การสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการกับเพื่อนร่วมวิชาชีพหรือช่องทางอื่นๆ
- ทบทวนความรู้ทางวิชาการ เช่น การทบทวนวรรณกรรม
- ทบทวนบทเรียนของเราเอง
    - เหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นแล้ว เช่น รายงานอุบัติการณ์ การทบทวนเวชระเบียน กิจกรรมทบทวนคุณภาพหรือการทบทวนทางคลินิก ตัวชี้วัดต่างๆ บันทึกตรวจการ
    - เหตุการณ์ที่ยังไม่เคยเกิดขึ้น เช่น การวิเคราะห์กระบวนการ, การตามรอยทางคลินิก, การวิเคราะห์ FMEA (โอกาสที่จะเกิดปัญหาขึ้นในอนาคตในระบบงานที่ยังไม่ได้นำไปใช้ปฏิบัติ)
- ตรวจสอบสถานการณ์จริงของเรา เช่น การสำรวจในสถานที่จริง การตามรอยกระบวนการทำงาน การตามรอยทางคลินิก

หลักสูตร HA501

- นำความเสี่ยงที่วิเคราะห์ได้มาจัดทำ Risk Profile ซึ่งเป็นการนำเสนอภาพรวมของความเสี่ยง ซึ่งอาจมีได้หลายรูปแบบ
    - บัญชีรายการความเสี่ยง เป็นวิธีที่เรียบง่ายที่สุด
    - Risk matrix เป็นการจำแนกแยกแยะความเสี่ยงตามตามความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยง อาจจะเป็น 2x2, 3x3, 3x4 table
    - การวิเคราะห์ลักษณะ การกระจาย แนวโน้มของความเสี่ยงและอุบัติการณ์ต่างๆ และนำเสนอด้วยแผนภูมิ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้น

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนดแนวทางในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง เพื่อให้หน่วยงาน ทีมงาน และคณะกรรมการในระดับต่างๆ ใช้ปฏิบัติ
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รวบรวมความเสี่ยงที่สำคัญจากส่วนย่อยต่างๆ มาประมวลผลเป็นภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาล และจัดลำดับความสำคัญ

การปกป้องผู้ป่วย/ผู้รับบริการ จากผลไม่พึงประสงค์

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ (ทั้งระดับหน่วยงานและทีมนำระดับกลาง) ดำเนินการเพื่อวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงสำคัญที่ได้วิเคราะห์ไว้
    - กำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม โดยใช้การวิเคราะห์ root cause และใช้แนวคิด human factors engineering มาออกแบบระบบงานให้เอื้อต่อการทำในสิ่งที่ถูกต้อง แนวคิด human factors engineering สามารถนำมาใช้ในการออกแบบต่อไปนี้
        - การเขียนฉลาก
        - การส่งสัญญาณเตือน

        - การนำเสนอข้อมูล
        - แบบบันทึก
        - กระบวนการ/ขั้นตอนการทำงาน
        - ซอฟท์แวร์
        - สถานที่ทำงาน
        - การฝึกอบรม
        - เครื่องช่วยการจำ การคิด การตัดสินใจ (cognitive aids)
        - นโยบายและระเบียบปฏิบัติ
    - สื่อสารและสร้างความตระหนักในการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
        - คู่มือการปฏิบัติงาน โปสเตอร์ สื่อต่างๆ
        - Interactive media
        - การฝึกอบรม การใช้เรื่องเล่า การฝึก non-technical skill
        - Reminder ที่ให้ข้อมูล ณ จุดที่ต้องใช้งาน เช่น บรรจุเข้าในแบบบันทึกต่างๆ
    - ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่ออกแบบไว้
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องติดตามประเมินการออกแบบมาตรการป้องกันของทีมงานและระบบงานต่างๆ ว่ามีความรัดกุมเพียงใด และมาตรการในเรื่องที่สำคัญได้รับการนำไปปฏิบัติเพียงใด

HA501

การประเมินความเสี่ยงที่เกิดขึ้นสู่การจัดการป้องกัน

แนวคิดในการประเมินเหตุการณ์ที่มีโอกาสเกิด แต่ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

- ค้นหา/ประเมินความเสี่ยงที่ยังไม่เกิดขึ้นเพื่อนำมาสู่การป้องกัน : FMEA (Failure mode effect analysis)
- การประเมินจากความเสี่ยงที่มีความรุนแรงต่ำ ๆ เช่น A-B ,1-2 จากความถี่ที่เกิดขึ้น
- Process analysis : การวิเคราะห์กระบวนการหลัก
- ประเมินกระบวนการการทำงานที่สำคัญแล้วนำ 2P Safety Goals มาประยุกต์ใช้เพื่อกำหนดมาตรการในการป้องกัน

การวิเคราะห์กระบวนการการทำงานเราทำอย่างไร

1. วิเคราะห์กระบวนการการทำงาน/กระบวนการหลัก/เป้าหมายที่ต้องการ เพื่อค้นหาโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงทั้งความรุนแรง และโอกาสทที่จะเกิด

1.1 ยอมรับได้

1.2 ยอมรับไม่ได้

2. ร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุ และกำหนดมาตรการในการป้องกันในความเสี่ยงที่เราค้นพบ เช่น

2.1 เราจะหลีกเลี่ยงความเสี่ยงหรือจะขจัดอย่างไร

2.2 เราจะป้องกันอย่างไร

2.3 เราจะลดผลระทบที่เกิดขึ้นได้อย่างไร

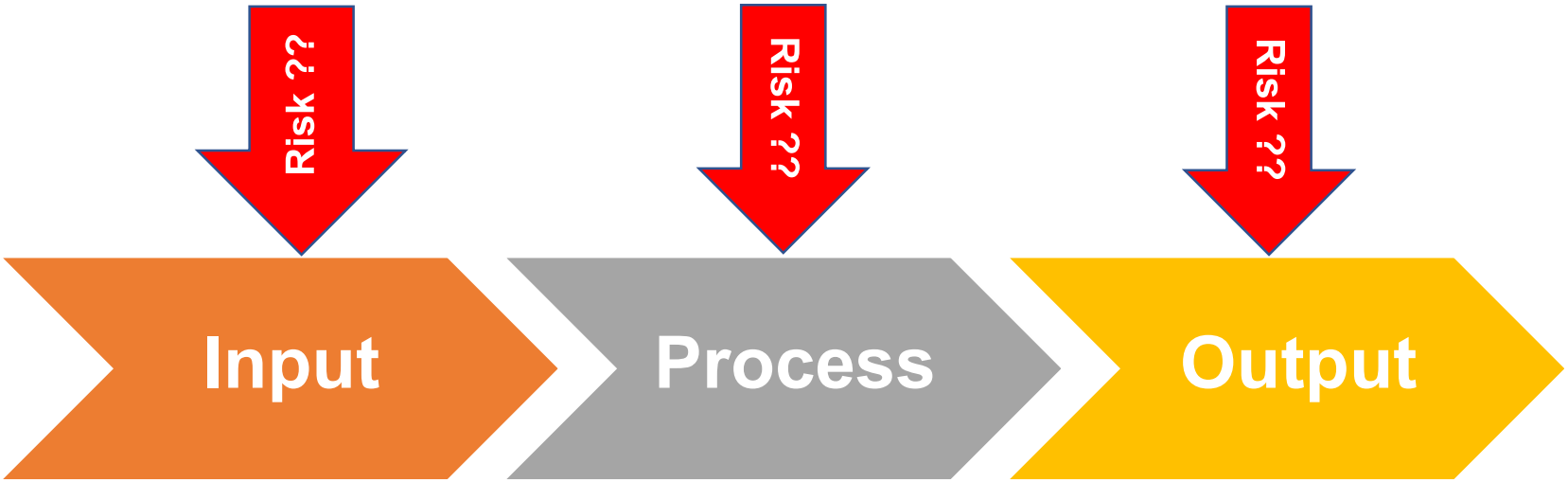
การวิเคราะห์กระบวนการการทำงานเราทำอย่างไร

3.ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ และนำสู่การปฏิบัติในหน้างาน งานประจำ กระบวนการต่าง ๆ

4. เรียนรู้ กำกับ ติดตาม และประเมินผล

5. และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

Risk-based Thinking กับหน่วยงาน



- ❑ กระบวนการการทำงานของเรามีโอกาสเกิดความเสี่ยงอะไรบ้าง
- ❑ เรามีมาตรการป้องกันแล้วหรือไม่ ถ้ามีเป็นอย่างไร ถ้าไม่มีจะป้องกันอย่างไร มาตรการนั้นคืออะไร
- ❑ การติดตามและประเมินคืออะไร

การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

Risk assessment เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

- Risk identification เป็นกระบวนการที่ใช้ค้นหา รับรู้ และพรรณาความเสี่ยงที่อาจมีผลขัดขวางการบรรลุวัตถุประสงค์
- Risk analysis เป็นกระบวนการที่ใช้ทำความเข้าใจธรรมชาติ แหล่งที่มา และสาเหตุของความเสี่ยง ประมาณค่าระดับความเสี่ยง ศึกษาผลกระทบของความเสี่ยง ตรวจสอบการควบคุมที่ใช้อยู่
- Risk evaluation เป็นกระบวนการที่ใช้เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงกับ risk criteria เพื่อตัดสินใจว่าเป็นระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้หรือไม่
  - Risk criteria เป็น TOR ที่ใช้ประเมินความเสี่ยงว่ายอมรับได้หรือไม่

Source: ISO31000 Risk Management: Principles and Guidelines

การรับมือ/ปฏิบัติต่อความเสี่ยง (Risk Treatment)

- **Risk Treatment**
  - เป็นกระบวนการในการลดความรุนแรงของความเสี่ยง **(risk modification process)**
  - ประกอบด้วยการเลือกทางเลือกและการนำทางเลือกไปปฏิบัติ
  - การปฏิบัติตามทางเลือก คือ การควบคุมความเสี่ยงให้เกิดน้อยลงและรุนแรงลดลง

Source: ISO31000 Risk Management: Principles and Guidelines

2P Safety Goals

Patient Safety Goals		Personnel Safety Goals	
S	Safe Surgery and Invasive Procedures	S	Security and privacy of information and Social Media (communication)
I	Infection and Prevention Control	I	Infection and Exposure
M	Medication & Blood Safety	M	Mental Health and Mediation
P	Patient Care Processes	P	Process of work
L	Line, Tube & Catheter, Device and Laboratory	L	Lane (ambulance), Legal Issues regulation (medical legal)
E	Emergency Response	E	Environment & Working conditions

ประกาศเป้าหมายความปลอดภัยของประเทศเพื่อผู้ให้และผู้รับบริการ

2P safety Goals

Thailand Patient Safety Goals

S — Safe Surgery

S1: Safe Surgery and Invasive Procedure
S2: Safe Anesthesia
S3: Safe Operating Theater

I — Infection Control

Hand Hygiene :I1
Prevention of Healthcare :I2 Associated Infection
Isolation precautions :I3
Prevention and Control :I4 Spread of Multidrug-Resistant Organisms (MDRO)

M — Medication & Blood Safety

M1: Safe from Adverse Drug Events (ADE)
M2: Safe from Medication Error
M3: Medication Reconciliation
M4: Rational Drug Use (RDU)
M5: Blood Transfusion Safety

P — Patient Care Precess

Patients Identification :P1
Communication :P2
Reduction of Diagnostic Errors :P3
Prevention of Common Complications :P4
Pain Management :P5
Refer and Transfer Safety :P6

L — Line, Tube & Catheter and Laboratory

L1: Catheter and Tubing Connection, and and Infusion pump
L2: Right and Accurrate Laboratory Results

E — Emergency Response

Response to the DeterioratingPatient :E1
Medical Emergency :E2
Maternal & Neonatal Morbidity :E3
ER Safety :E4

Thailand Personnel Safety Goals

S — Social Media and Communication

S1: Security and Privacy of Information
S2: Social Media and Communication Professionalism

I — Infection and Exposure

Fundamental of Infection :I1
Prevention and Control for Workforce
Transmission-based Infection :I2
Prevention and Control for Workforce

M — Mental Health and Mediation

M1: Mental Health
M2: Mediation

P — Process of Work

Fundamental Guideline for :P1 of Work-Related Disorder
Specific Guideline for Prevention :P2 of Work-Related Disorder
Fitness for Duty Health Assessment :P3

L — Lane (Traffic) and Legal Issues

L1: Ambulance and Referral Safety
L2: Legal Issues

E — Environment and Working Conditions

Safe Physical Environment :E1
Working Conditions :E2
Workplace Violence :E3

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป

3 การประเมินความเสี่ยง

ควรครอบคลุมการจัดการด้านยา การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การติดเชื้อ การระบุตัวผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล โภชนาการ ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ ความเสี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว

4 การรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เหตุเกือบพลาด

รายงาน ตรวจสอบข้อเท็จจริง ปฏิบัติการ ฝึกอบรม จัดทำบันทึก วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง ให้ข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบ

5 จัดการประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ

ประเด็นที่องค์การอนามัยโลกระบุ เป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย ออกแบบ สื่อสาร สร้างความตระหนัก นำไปปฏิบัติ

2 การสนับสนุนระบบบริหารความเสี่ยง

นโยบายบริหารความเสี่ยง แผนจัดการความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง ทะเบียนจัดการความเสี่ยง รายงานอุบัติการณ์ กำกับติดตาม ทบทวน

1 กรอบการบริหารความเสี่ยง

โครงหลัก การจัดการภายในองค์กร ความเสี่ยงที่จะจัดการ

6 การประเมินประสิทธิผล

ของโปรแกรมบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

ระบบบริการความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผล

ข. ข้อกำหนดเฉพาะประเด็น

1 โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (I-5.1 c)

2 อาคารสถานที่ พื้นที่ใช้สอย อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และวัสดุครุภัณฑ์ (II-3.1, 3.1, 6)

3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเวชระเบียน (II-4, 5)

ก. ข้อกำหนดทั่วไป : ข้อ (4)

(4) องค์กรมีกระบวนการในการรายงาน สืบหาสาเหตุ และดำเนินการ ที่ตอบสนองต่ออุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเหตุเกือบพลาด ที่ส่งผลต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ หรือผู้มาเยือน และนำไปสู่การพัฒนาบริการให้ดีขึ้น. กระบวนการควรครอบคลุมเรื่อง:

- การอบรมเจ้าหน้าที่ในการระบุความเสี่ยง การรายงาน การตรวจสอบข้อเท็จจริง และการหาสาเหตุที่แท้จริง (root cause analysis);
- วิธีการจัดทำเอกสารและรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์;
- การวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง;
- ขั้นตอนในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ที่ได้รับผลกระทบจากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงออกแบบรายงานอุบัติการณ์ (รวมทั้ง near miss) ที่เหมาะสมกับบริบทของ รพ. เช่น
    - ระบบที่รวมศูนย์รายงานอุบัติการณ์ทุกเรื่องมาที่ศูนย์กลาง โดยผ่านการรับรู้ของหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
    - ระบบที่กระจายการรายงานอุบัติการณ์ไว้ตามกลุ่มงานต่างๆ มีการประมวลผลที่ระดับกลุ่มงานและรายงานมาที่ศูนย์กลาง รวมทั้งการกำหนดลักษณะอุบัติการณ์สำคัญที่ต้องรายงานรายละเอียดมาที่ศูนย์กลาง
- การออกแบบรายงานอุบัติการณ์ ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ด้วย
    - ทำให้เกิดการรับรู้และตอบสนองอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของอุบัติการณ์ (เช่น อุบัติการณ์ทั่วไป อุบัติการณ์ที่ต้องรายงานให้หัวหน้าหน่วยงานทราบทันที อุบัติการณ์ที่ต้องรายงานให้ผู้บริหารที่สูงกว่าหัวหน้าหน่วยงานทราบโดยทันที)
    - มีระบบที่ทำให้สามารถติดตามการตอบสนองต่ออุบัติการณ์ต่างๆ ได้ เช่น การขึ้นทะเบียนความเสี่ยง (risk register)
    - มีระบบที่จะ feed back ให้ผู้ปฏิบัติงานและทีมงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้ทราบถึงผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการปรับปรุงต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการรายงาน
    - โอกาสในการดักจับหรือตรวจพบอุบัติการณ์ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ซึ่งจะนำมาสู่การประมวลผลข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น หรือทำให้มีการรายงานอุบัติการณ์ที่สมบูรณ์มากขึ้นในอนาคต เช่น การใช้ safety brief คือการพูดคุยกันสั้นๆ ระหว่างปฏิบัติงาน/ส่งเวร, การเขียนบัตรบันทึกเหตุการณ์ที่ทีม concern ใส่ในซองที่ติดไว้บนแผนภูมิกระบวนการดูแลผู้ป่วย, กิจกรรมทบทวนคุณภาพ เป็นต้น
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมนำระดับกลางต่างๆ) วิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงาน เช่น ความถี่ แนวโน้ม การจำแนกอุบัติการณ์ตามประเภท การกระจายของอุบัติการณ์ตามสถานที่/เวลา/บุคคล ระบบงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปใช้ในการ

ฉบับร่าง เพื่อใช้ในหลักสูตร HA

- ประเมินผล - ประสิทธิผลของมาตรการป้องกันต่างๆ
- ปรับปรุง - นำอุบัติการณ์ที่ยังคงเป็นปัญหาไปออกแบบระบบและกำหนดมาตรการป้องกันเพิ่มเติม
- เรียนรู้ - นำอุบัติการณ์และมาตรการป้องกันมาสร้างความตระหนักและสร้างการเรียนรู้ในกลุ่มเจ้าหน้าที่
- วางแผน – เพื่อการดำเนินการในระดับกลยุทธ์ของ รพ. เช่น การปรับปรุงปัจจัยระดับองค์กร การปรับปรุงที่ต้องมีการลงทุน การสร้างแรงจูงใจ

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวทางการวิเคราะห์ root cause ต่างๆ และเรียนรู้ที่จะเลือกใช้อย่างเหมาะสมกับอุบัติการณ์ต่างๆ เช่น
  - การวิเคราะห์ลำดับขั้นของการเกิดเหตุการณ์ และจุดเปลี่ยนในการกระทำหรือการตัดสินใจที่เป็นไปได้
  - การขอให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์พูดถึงความรู้สึก ความต้องการ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานในขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง
  - การตั้งคำถามทำไมซ้ำหลายๆ ครั้ง ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน
  - การวิเคราะห์โดยใช้กรอบ RCA เต็มรูปแบบ
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดข้อบ่งชี้ที่ต้องทำ RCA เช่น
  - อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง ควรทำ RCA เฉพาะสำหรับแต่ละครั้งที่เกิดเหตุการณ์
  - อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงไม่มาก แต่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ควรเลือกนำมาทำ RCA ในภาพรวม
- คณะกรรมการความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ทบทวนการทำ RCA ที่ผ่านมาเพื่อเรียนรู้ว่าจะทำ RCA ให้เกิดประโยชน์เต็มที่ได้อย่างไร ได้มีการนำปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลังมาพิจารณาเพียงใด เช่น IEC (Information, Education, Communication), ศักยภาพของบุคลากร, ภาระงาน, การนิเทศงาน, สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน, อุปกรณ์ เครื่องมือ เทคโนโลยี, การออกแบบระบบงานและการควบคุมกำกับ เป็นต้น

เพื่อใช้ในหลักสูตร HA501

อะไรคือความผิดพลาดที่ทำ RCA

- เหตุการณ์ที่รุนแรงต่ำ ๆ ที่เกิดซ้ำ ๆ มีความถี่สูงขึ้น ๆ
- Near miss
- เหตุการณ์ที่มีความรุนแรงสูง
- การกระทำที่ไม่ปลอดภัยโดยไม่ตั้งใจและนำไปสู่ความเสี่ยงที่มีความรุนแรง
- เหตุการณ์ที่มีความรุนแรงสูงแต่ไม่เคยเกิดขึ้น

Near miss

- เหตุการณ์ที่เกิดอันตรายแน่นอน แต่ไม่เกิดเพราะสามารถดักจับได้ก่อน
- เหตุการณ์ที่เกิดแล้วจะเป็นอันตราย แต่ไม่เกิดอันตราย

Near miss, Close call, Potential adverse event

- An event that almost happened or an event that did happen but no one knows about. If the person involved in the near miss does not come forward, no one may ever know it occurred
- A deviation from best practice in health care delivery that would have led to unwanted harm to the patient or to the mission of the organization, but was prevented through planned or unplanned actions
- An event or situation that could have resulted in an accident, injury or illness, but did not, either by chance or through timely intervention
- Any process variation which did not affect an outcome, but for which a recurrence carries a significant chance of a serious adverse outcome

อ้างอิงจากเอกสาร WHO

Near miss, Close call, Potential adverse event (ต่อ)

- A situation in which a medical error could have resulted in an accident, injury, or illness, but did not, either by chance or through timely intervention
- An error of commission or omission that could have harmed the patient, but serious harm did not occur as a result of chance… prevention… or mitigation
- An event that could have resulted in unwanted consequences, but did not because either by chance or through timely intervention the event did not reach the patient
- Unexpected or unplanned events in the provision of care that could have, but did not, lead to harm, loss or damage
- An incident that did not cause harm

อ้างอิงจากเอกสาร WHO

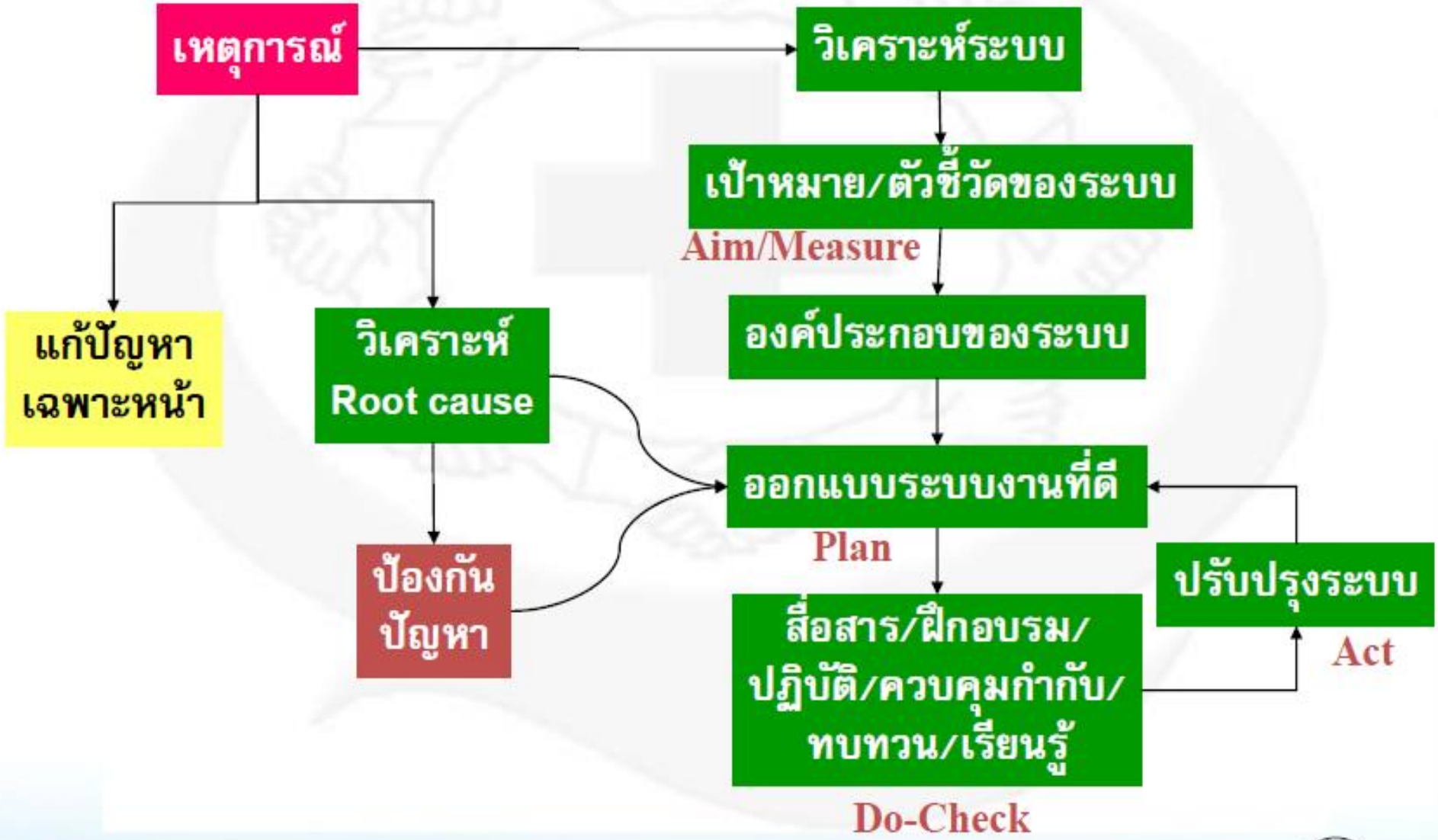
การจัดการกับ Near miss

เมื่อพบโอกาสในการเกิดเหตุการณ์ขึ้น (Near miss)

หรือมีความถี่สูงขึ้น

ดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงทันที และมีการติดตามประเมินผล เฝ้าระวัง

จากการแก้ปัญหาสู่การป้องกัน



แนวทางการวิเคราะห์ RCA

- **Turning point :** การมองย้อนหลังก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์
- **Cognitive Walkthrough :** การมองย้อนหลังเหตุการณ์โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องคอยให้ข้อมูล
- **Conventional Why** : เป็นการถามโดยใช้คำถามว่า “ทำไม”
- **Comprehensive Scan :** วิธีครอบจักรวาลที่มีการตั้งประเด็นในการทบทวน ได้แก่ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ, ผู้ให้บริการ/ทีมงาน ,กระบวนการ ,เครื่องมือ/สิ่งแวดล้อม,องค์กร
- พหุคะแนน RCA (Affinity Diagrams)
- RCA แบบ Timeline
- RCA ยกกำลัง 2

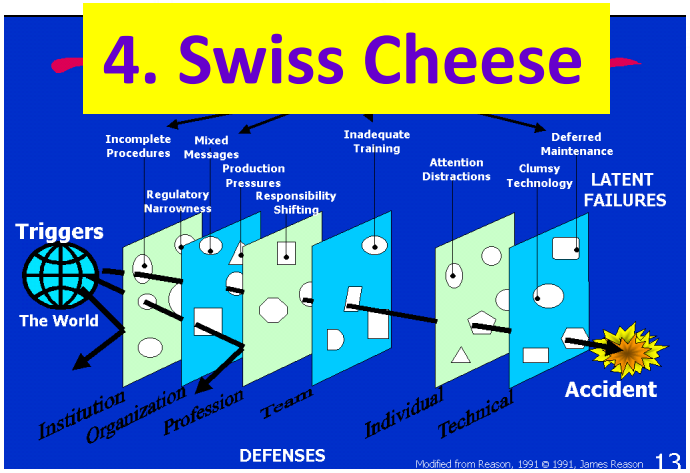
RCA แบบ Timeline

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?

Process	Information	Answer
1. Events , Adverse event ที่เกิดขึ้น	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์คืออะไร	
2. Risk-based priority: การประเมินความเสี่ยง (Risk Analysis)	โอกาสเกิด และความรุนแรงที่เกิดขึ้น , Risk Level	
3. What happen ? เกิดอะไรขึ้น (Time line , 5 WHY , ผังก้างปลา อื่น ๆ)	เกิดอะไรขึ้นบ้าง ต้องการความช่วยเหลือและสิ่งอำนวยความสะดวกอะไรบ้าง สิ่งที่ช่วยตัดสินใจในขณะนั้นคืออะไร	
4. รากของปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้น	สาเหตุ+เหตุการณ์ที่เกิด+ผลกระทบที่เกิดขึ้น	
5. Action solution (มาตรการการป้องกัน) เพื่อหาคำตอบใหม่ ๆ หรือทำให้ดีขึ้น	ระบบงานใหม่ มาตรการในการป้องกันคืออะไร	
6. Action plan แผนการดำเนินการ (Risk register)	ใครคือ Owner , ความถี่ในการทบทวน ,, แผนการดำเนินการ	
7.การติดตาม	ชื่อตัวชี้วัด , การกำกับและติดตาม	
8. การสนับสนุนจากทีมนำ	ต้องการการสนับสนุนอะไรบ้าง , จะแจ้งให้ใครทราบบ้าง	

ขั้นตอนการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อุบัติการณ์

ระดับความรุนแรง	การรายงาน	ระยะเวลาการนำส่งใบรายงาน	แนวทางการจัดการ	ระยะเวลาการวางมาตรการป้องกัน	ระยะเวลาการติดตามผล
A – D ระดับ 1 - 2	รายงานตามระบบ	สามารถนำส่งได้ทุกวัน	รวบรวมและดูแนวโน้มว่ามีความถี่ที่สูงขึ้นหรือไม่	ดูแนวโน้มความถี่	2 เดือน
E,F ระดับ 3 เสี่ยงต่อ Sentinel event	รายงานตามระบบ	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

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป

3 การประเมินความเสี่ยง

ควรครอบคลุมการจัดการด้านยา การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การติดเชื้อ การระบุตัวผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล โภชนาการ ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ ความเสี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว

4 การรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เหตุเกือบพลาด

รายงาน ตรวจสอบข้อเท็จจริง ปฏิบัติการ ฝึกอบรม จัดทำบันทึก วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง ให้ข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบ

5 จัดการประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ

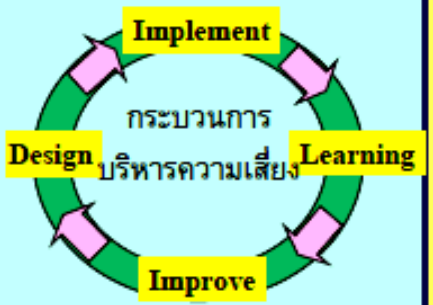
ประเด็นที่องค์การอนามัยโลกระบุ เป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย ออกแบบ สื่อสาร สร้างความตระหนัก นำไปปฏิบัติ

2 การสนับสนุนระบบบริหารความเสี่ยง

นโยบายบริหารความเสี่ยง แผนจัดการความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง ทะเบียนจัดการความเสี่ยง รายงานอุบัติการณ์ กำกับติดตาม ทบทวน

1 กรอบการบริหารความเสี่ยง

โครงหลัก การจัดการภายในองค์กร ความเสี่ยงที่จะจัดการ



6 การประเมินประสิทธิผล

ของโปรแกรมบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

ระบบบริการความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผล

ข. ข้อกำหนดเฉพาะประเด็น

1 โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (I-5.1 c)

2 อาคารสถานที่ พื้นที่ใช้สอย อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และวัสดุครุภัณฑ์ (II-3.1, 3.1, 6)

3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเวชระเบียน (II-4, 5)

ก. ข้อกำหนดทั่วไป : ข้อ (5)

(5) องค์กรจัดการประเด็นที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ตามลักษณะบริการที่องค์กรจัดให้มีโดยครอบคลุมประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัยที่องค์การอนามัยโลกระบุ[15] และสอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย. ยุทธศาสตร์และมาตรการป้องกันที่กำหนดขึ้นควรมีการออกแบบที่รัดกุม มีการสื่อสารโดยละเอียด และมีการสร้างความตระหนักเพื่อให้เกิดการ นำไปปฏิบัติที่มีประสิทธิผล.

คือการระบุความเสี่ยงที่ไม่ควรเกิดขึ้น หรือต้องไม่เกิดขึ้นในองค์กร และนำมาสู่การกำหนดมาตรการในการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดขึ้น

II-1.2 ก.(5) ประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ

องค์กรจัดการประเด็นที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ตามลักษณะบริการที่องค์กรจัดให้มี โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัยที่องค์การอนามัยโลกระบุ และสอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย. ยุทธศาสตร์และมาตรการป้องกันที่กำหนดขึ้นควรมีการออกแบบที่รัดกุม มีการสื่อสารโดยละเอียด และมีการสร้างความตระหนักเพื่อให้เกิดการนำไปปฏิบัติที่มีประสิทธิผล.

ตัวอย่างเช่น **Global Patient Safety Challenge**: “Clean Care is Safer Care (2005)”, “Safe Surgery Saves Lives (2008)”, “Medication Without Harm (2017)”

ประเด็นความปลอดภัยที่องค์การอนามัยโลกระบุ

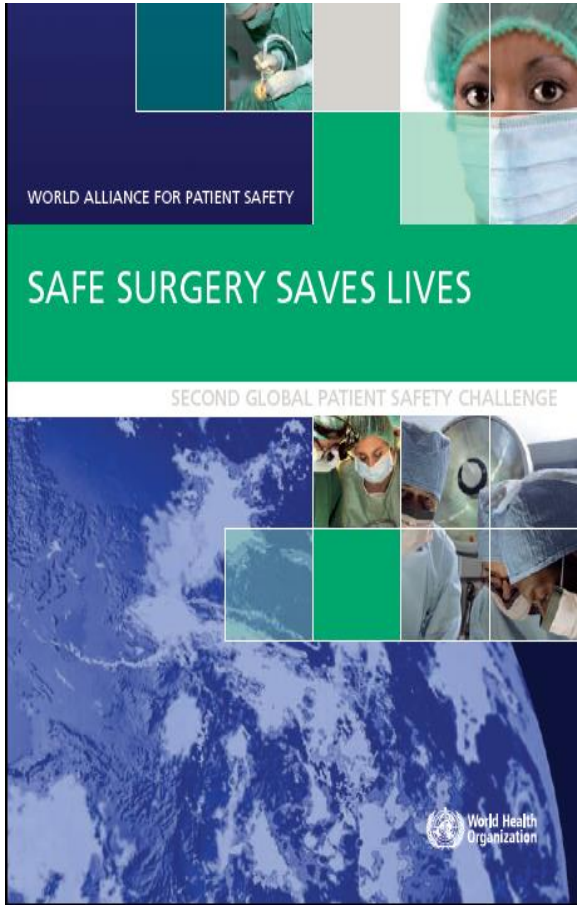
- **มีอยู่ใน Patient Safety Goals (SIMPLE) อยู่แล้ว**
- **รพ.ควรนำ SIMPLE ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมาวิเคราะห์ และนำความเสี่ยงสำคัญมาขึ้นทะเบียนใน Risk Register**
- **มาตรการป้องกันต่าง ๆ ควรทบทวนอย่างสม่ำเสมอ**

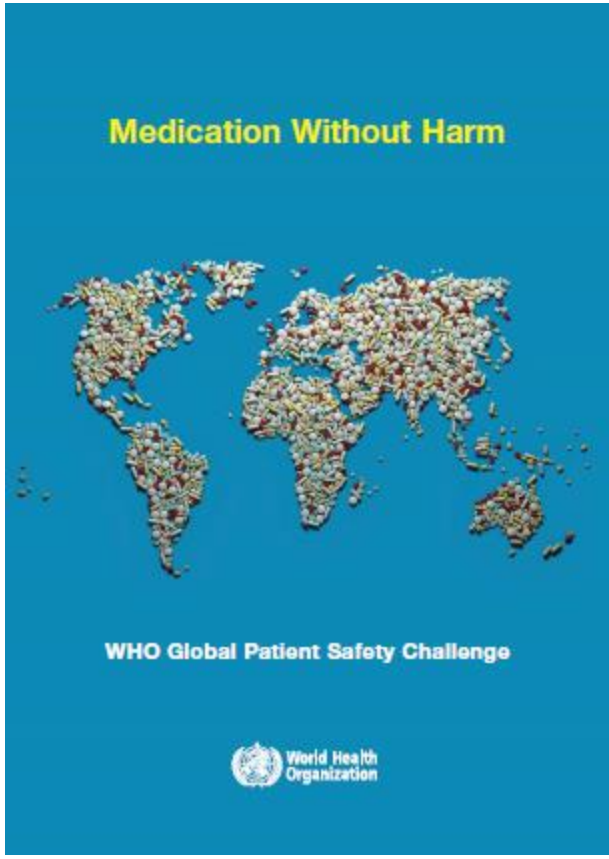
Never Event

ตัวอย่างประเด็นสำคัญที่ WHO กำหนดไว้

- Clean care is Safe Care (2005)
- Safe Surgery Saves Lives (2008)
- Medication Without Harm (2017)

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY
GLOBAL PATIENT SAFETY CHALLENGE
2005 - 2006
CLEAN CARE IS SAFER CARE
World Health Organization


WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY
SAFE SURGERY SAVES LIVES
SECOND GLOBAL PATIENT SAFETY CHALLENGE
World Health Organization


Medication Without Harm
WHO Global Patient Safety Challenge
World Health Organization

Sentinel Event

ทางคลินิก	ทางกายภาพ
1. การส่งมอบเด็กผิดคน	1. อัคคีภัย
2. ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตาย	2. น้ำท่วมรุนแรงในโรงพยาบาล
3. เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลจนผู้ป่วยเกือบเสียชีวิต/เสียชีวิต	3. แก๊ส หม้อนึ่ง ถังออกซิเจนระเบิด
4. ผู้ป่วย/ญาติได้รับอุบัติเหตุในโรงพยาบาลเกือบเสียชีวิต/เสียชีวิต	4. บุคลากรได้รับอุบัติเหตุอาการสาหัส/เสียชีวิต
5. เกิดโรคติดต่อร้ายแรง	5. รถโรงพยาบาลเกิดอุบัติเหตุเสียหายมาก
6. มีการทำร้ายผู้ป่วย /ญาติ/เจ้าหน้าที่	6. โจรกรรม
7. ความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง	

ตัวอย่าง Never Event

- ผู้ป่วยท้องร่วง เสียน้ำมากจนมีอาการช็อค และเสียชีวิต
- ผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ต้องตัดมดลูก
- ทารกแรกเกิดมีอาการตัวเหลืองมากหลังจากกลับไปบ้าน
- ผู้ป่วยเบาหวานมาห้องฉุกเฉินด้วยอาการเป็นลม เหงื่อออก
- ผู้ป่วยโรคจิตอาการกำเริบจนฆ่าตัวตาย
- ผู้ป่วยโรคหัวใจมาด้วยอาการปวดท้อง วินิจฉัยล่าช้า
- ผู้ป่วยผ่าตัดตาแล้วติดเชื้อ ต้องเอาลูกตาออก
- แผลในกระเพาะอาหารทะลุ วินิจฉัยไม่ได้ ติดเชื้อในช่องท้อง
- ผู้ป่วยเบาหวาน มีการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากฟันผุ
- ผู้ป่วยบอกว่าถูกตัวอะไรกัดไม่รู้ หยุดหายใจเพราะพิษงูเห่า

2P safety Goals

Thailand Patient Safety Goals

S — Safe Surgery

S1: Safe Surgery and Invasive Procedure
S2: Safe Anesthesia
S3: Safe Operating Theater

I — Infection Control

Hand Hygiene :I1
Prevention of Healthcare :I2 Associated Infection
Isolation precautions :I3
Prevention and Control :I4 Spread of Multidrug-Resistant Organisms (MDRO)

M — Medication & Blood Safety

M1: Safe from Adverse Drug Events (ADE)
M2: Safe from Medication Error
M3: Medication Reconciliation
M4: Rational Drug Use (RDU)
M5: Blood Transfusion Safety

P — Patient Care Precess

Patients Identification :P1
Communication :P2
Reduction of Diagnostic Errors :P3
Prevention of Common Complications :P4
Pain Management :P5
Refer and Transfer Safety :P6

L — Line, Tube & Catheter and Laboratory

L1: Catheter and Tubing Connection, and and Infusion pump
L2: Right and Accurrate Laboratory Results

E — Emergency Response

Response to the DeterioratingPatient :E1
Medical Emergency :E2
Maternal & Neonatal Morbidity :E3
ER Safety :E4

Thailand Personnel Safety Goals

S — Social Media and Communication

S1: Security and Privacy of Information
S2: Social Media and Communication Professionalism

I — Infection and Exposure

Fundamental of Infection :I1
Prevention and Control for Workforce
Transmission-based Infection :I2
Prevention and Control for Workforce

M — Mental Health and Mediation

M1: Mental Health
M2: Mediation

P — Process of Work

Fundamental Guideline for :P1 of Work-Related Disorder
Specific Guideline for Prevention :P2 of Work-Related Disorder
Fitness for Duty Health Assessment :P3

L — Lane (Traffic) and Legal Issues

L1: Ambulance and Referral Safety
L2: Legal Issues

E — Environment and Working Conditions

Safe Physical Environment :E1
Working Conditions :E2
Workplace Violence :E3

Proactive Risk Management โดยใช้ Risk Register ร่วมกับเครื่องมือคุณภาพต่าง ๆ

PSG: SIMPLE
Past incidents
Med Rec review
FMEA
Process analysis
Clinical risk

Risk profile

Gap analysis
HFE
Human-centered design

Incident report
Trace
KPI monitoring
RCA & redesign

Risk register

Risk Identification → Risk Analysis → Risk Treatment → Risk Monitor & Review

Risk Identification			Risk Analysis			
Risk ID	Risk Title	Risk Description	Quarter	Likelihood (Frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level
				1-5	1-5	
A01			Q1			0
			Q2			0
			Q3			0
			Q4			0

Risk Monitoring & Review						
Risk ID	Risk Owner	Review Frequency	Date Last Review	Result of Review	Residual Risk Level	Risk Status
						active/closed
A01						0
						0

Risk Treatment Plan				QI Plan
Risk ID	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor & Control	Risk Mitigation	QI Plan
A01				

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป

3 การประเมินความเสี่ยง

ควรครอบคลุมการจัดการด้านยา การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การติดเชื้อ การระบุตัวผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล โภชนาการ ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ ความเสี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว

4 การรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เหตุเกือบพลาด

รายงาน ตรวจสอบข้อเท็จจริง ปฏิบัติการ ฝึกอบรม จัดทำบันทึก วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง ให้ข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบ

5 จัดการประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ

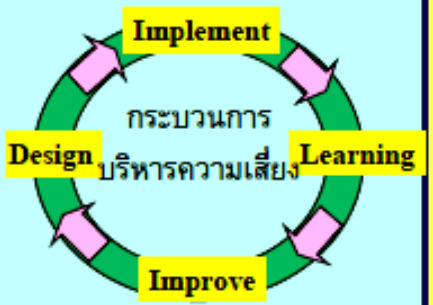
ประเด็นที่องค์การอนามัยโลกระบุ เป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย ออกแบบ สื่อสาร สร้างความตระหนัก นำไปปฏิบัติ

2 การสนับสนุนระบบบริหารความเสี่ยง

นโยบายบริหารความเสี่ยง แผนจัดการความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง ทะเบียนจัดการความเสี่ยง รายงานอุบัติการณ์ กำกับติดตาม ทบทวน

1 กรอบการบริหารความเสี่ยง

โครงหลัก การจัดการภายในองค์กร ความเสี่ยงที่จะจัดการ



6 การประเมินประสิทธิผล

ของโปรแกรมบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

ระบบบริการความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผล

ข. ข้อกำหนดเฉพาะประเด็น

1 โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (I-5.1 c)

2 อาคารสถานที่ พื้นที่ใช้สอย อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และวัสดุครุภัณฑ์ (II-3.1, 3.1, 6)

3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเวชระเบียน (II-4, 5)

ก. ข้อกำหนดทั่วไป : ข้อ (6)

(6) มีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย อย่างน้อยในประเด็นต่อไปนี้
  - วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
  - ความครอบคลุมในการค้นหาความเสี่ยงและความรัดกุมของมาตรการป้องกัน
  - การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
  - ความครอบคลุมของการรายงานอุบัติการณ์ (เทียบกับอุบัติการณ์ทั้งหมดที่ประมวลได้จากวิธีต่างๆ)
  - ความสามารถในการป้องกันและลดอุบัติการณ์ รวมทั้งความสูญเสียที่เกิดขึ้น
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้องนำผลที่ได้จากการประเมินไปดำเนินการปรับปรุง

HA501

อะไรคือการประเมินระบบบริหารจัดการความเสี่ยง

- ❑ ประเมินจากตัวชี้วัดที่เราได้กำหนดไว้
- ❑ ตามรอย และประเมินระบบ / แนวทางในการบริหารจัดการความเสี่ยง ด้วย **SPA in Action** ว่าเราทำได้ดีเพียงใด
- ❑ ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาตามมาตรฐาน ด้วย **Extended Evaluation Guide** ของ **Advance HA**
- ❑ การประเมินภาพรวมในการพัฒนาด้วย **Scoring Guideline 2011**
- ❑ การประเมินด้วยแบบประเมิน **Hospital Patient safety Survey Culture**

เพื่อนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุง จนเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย

ตัวอย่างตัวชี้วัดในการบริหารจัดการความเสี่ยง

- จำนวนการรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
- ความครอบคลุมของหน่วยงานในการรายงานความเสี่ยง
- จำนวนการรายงาน Near miss
- จำนวนการรายงานงานตนเอง/การายงานคนอื่น
- ความทันเวลาในการจัดการความเสี่ยงที่มีความรุนแรงเช่น G,H,I การทบทวน RCA
- ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงที่รุนแรง เช่นการเกิดซ้ำ
- ตัวชี้วัดของ SIMPLE ที่กำหนดไว้ เป็นต้น
- สัดส่วนการรายงานความเสี่ยงเชิงรุก กับ เชิงรับ

Safety Culture

เป็นผลของค่านิยม เจตคติ การรับรู้ สมรรถนะและแบบแผนพฤติกรรมของบุคคล และ ของกลุ่มซึ่งกำหนดความมุ่งมั่น วิถีการทำงาน และความสามารถในการจัดการ

เกี่ยวกับสุขภาพ และ ความปลอดภัยในองค์กร

safetyculture
a way of life

Safety Culture

องค์กรที่สามารถสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในองค์กร องค์กรนั้นย่อมมีภูมิคุ้มกันทำให้สามารถตรวจจับ ป้องกัน และแก้ปัญหาที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้นและยั่งยืน

วัฒนธรรมความปลอดภัย(Safety Culture)

เส้นทางสู่วัฒนธรรมความปลอดภัย

- คุยกันวันละนิด จิตแจ่มใส
- การจัดการกับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น
- การรายงานและการรับรู้เมื่อเกิดอุบัติการณ์
- สร้าง บรรยากาศ สภาพแวดล้อมความปลอดภัยในองค์กร

Safety Culture

Every task | Every person | Every day

Strategies for LEADERSHIP

An Organizational Approach to Patient Safety

ใช้กรอบการบริหารสู่ความเป็นเลิศ MBNQA/TQA/HA กับความปลอดภัยผู้ป่วย

AHA
Advancing Health in America

Developed by VHA
United to Improve America's Health℠

American Hospital Association (AHA), developed by VHA

ผู้นำ

แสดงให้เห็นว่า patient safety เป็น top leadership priority

กำหนดเป็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ จัดสรรทรัพยากร

บูรณาการการทำหน้าที่ RM & QM มาพัฒนา PS

กำกับดูแลโดยกรรมการชุดเดียวหรือผู้นำระดับสูง

ติดตามความก้าวหน้าสม่ำเสมอ

ทุกหน่วยงานและทีมงานประยุกต์ใช้หลักความปลอดภัย

ส่งเสริมวัฒนธรรมไม่กล่าวโทษ เพื่อส่งเสริมการแบ่งปันข้อมูลและบทเรียน

มีนโยบายไม่กล่าวโทษ

ผู้นำส่งเสริมและให้รางวัลการรายงาน AE & near miss

ผู้นำมองหาประเด็นเชิงระบบจาก AE เพื่อปรับปรุงและแบ่งปันบทเรียน

ผู้นำระดับสูงสื่อสารกับแพทย์และผู้ปฏิบัติงานด้วยกรณีศึกษา

เป็นแบบอย่างการไม่กล่าวโทษในการสอน และการประชุมทบทวนคุณภาพ

American Hospital Association (AHA), developed by VHA

การวางแผนกลยุทธ์

ประเมินความเสี่ยงต่อ error & AE ทั่วทั้งองค์กร เป็นประจำ

ประเมินความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับองค์กรอย่างสม่ำเสมอ
ใช้ผลการประเมินเพื่อทำแผนความปลอดภัยผู้ป่วย
แผนครอบคลุมการรณรงค์สร้างความตื่นตัวเรื่องความปลอดภัย
ประเมินความสามารถของผู้ส่งมอบในการปฏิบัติตามข้อกำหนดเรื่องความปลอดภัย

ประเมินความร่วมมือและค้นหาคู่พันธมิตรมาร่วมเรียนรู้/แบ่งปัน

นำบทเรียนจากองค์กรอื่น และธุรกิจอื่นมาบรรจุในแผนความปลอดภัยผู้ป่วย
นำชุมชนผู้ป่วยมาร่วมในการสนทนาเกี่ยวกับความปลอดภัย

American Hospital Association (AHA), developed by VHA

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว

ให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการออกแบบและสะท้อนกลับ

ตอบสนองต่อ **concern** ของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรวดเร็ว

ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน ออกแบบ พัฒนาคุณภาพ

ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เป็นเพื่อนคู่คิดที่ดี

บอกกล่าวและขอโทษผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

American Hospital Association (AHA), developed by VHA

สารสนเทศและการวิเคราะห์

วิเคราะห์ AE และแนวโน้ม

จัดให้มีระบบรายงานที่ใช้ง่าย เข้าถึงง่าย เป็นความลับ
มีการบ่งชี้โอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนาคุณภาพหลังจากเกิด AE
มีการบ่งชี้แนวโน้มของ AE เป็นระยะ และใช้กำหนดลำดับความสำคัญของการพัฒนา
มีการใช้ข้อมูลความปลอดภัยผู้ป่วยจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อวางแผนพัฒนาคุณภาพ
ผู้วิเคราะห์ AE มีความรู้ในเรื่องหลักการออกแบบที่เน้นผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง
ติดตามตัวชี้วัดที่มีหลักฐานสนับสนุนเพื่อมุ่งสู่การดูแลที่ไม่มีข้อบกพร่อง
มีการรายงานประเด็นหรือเหตุการณ์ที่มีผลต่อความปลอดภัยผู้ป่วย
มีการสื่อสารและกระจายข้อมูลเตือนเกี่ยวกับความปลอดภัยให้ผู้ที่ควรรู้ในเวลาที่เหมาะสม

American Hospital Association (AHA), developed by VHA

ทรัพยากรบุคคล

ให้รางวัล ยกย่องสำหรับการรายงาน error และการตัดสินใจที่ปลอดภัย

กำหนดบทบาทบุคลากรที่ชัดเจน

ทุกคนได้รับการฝึกอบรมเรื่องความปลอดภัยและการพัฒนาคุณภาพ

มีการจัด **stress debriefing** โดยใช้ **peer counselors** หลักเกิดเหตุ

ผู้เกี่ยวข้องได้รับ **support** จากผู้บริหารโดยไม่กล่าวโทษ

การตัดสินใจเพื่อขับเคลื่อนความปลอดภัยเป็นองค์ประกอบสำคัญของการให้รางวัล และการส่งเสริมความก้าวหน้า

ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม

ฝึกอบรมทักษะการทำงานของทีม (ด้านคลินิก และด้านการทำงานร่วมกัน)

ใช้การจำลองสถานการณ์เพื่อฝึกทักษะการสื่อสารในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง

เสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ทุกตำแหน่ง ลงมือปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง

การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม และจำกัดชั่วโมงทำงาน

ส่งเสริมความรู้ความสามารถด้านการพัฒนาคุณภาพ การสื่อสาร การแก้ปัญหา นวตกรรม

American Hospital Association (AHA), developed by VHA

การจัดการกระบวนการ

ปรับปรุงระบบงานเพื่อลดการพึ่งพาความจำและการตรวจสอบ

ใช้ checklist, protocol, reminder, decision support, standardized equipment / forms / times / location

ใช้ system constraints, forcing function, natural mapping, effective alarm

ลดขั้นตอนการดูแลให้เหลือน้อยที่สุด มีการส่งมอบน้อยที่สุด

ออกแบบการดูแลให้มีโอกาสแก้ไขภาวะวิกฤติได้ทันทีในระบบ

ทำให้การดูแลที่ไม่ผิดพลาดเป็นเรื่องที่ทำได้โดยไม่ต้องออกแรงมาก

นำร่องกรออกแบบใหม่ ก่อนที่จะขยายผล

ลงทุน IT เพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย

รับฟังข้อมูลจากผู้ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และเทคโนโลยีก่อนที่จะมีการจัดซื้อ

ทดลองใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และเทคโนโลยีก่อนที่จะใช้อย่างกว้างขวาง

American Hospital Association (AHA), developed by VHA

ลักษณะวัฒนธรรมความปลอดภัย

1. นำเรื่องความเสี่ยงมาเล่าสู่กันฟังได้อย่างสะดวกใจ
2. ทบทวนและเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่รุนแรงโดยไม่ชักช้า
3. การรายงานอุบัติการณ์ที่ครอบคลุม
4. มีสายตาที่ว่องไวในการมองหาความเสี่ยงตลอดเวลา
5. ขวนขวายหาทุกวิธีการที่จะทำให้เกิดความปลอดภัย
6. สอดแทรกแนวคิดความปลอดภัยเข้าในทุกโอกาส
7. ผู้นำเห็นคุณค่าและใส่ใจอย่างต่อเนื่อง
8. ต่อยอด ขยายผล จากจุดเล็กๆ
9. Share ข้อมูล Shareปัญหา Share ทางออก Share ความรู้สึก

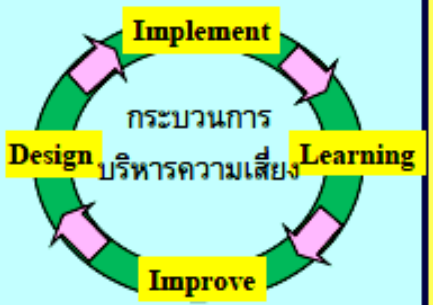
II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป

1 กรอบการบริหารความเสี่ยง

โครงหลัก
การจัดการภายในองค์กร
ความเสี่ยงที่จะจัดการ



2 การสนับสนุนระบบบริหารความเสี่ยง

นโยบายบริหารความเสี่ยง
แผนจัดการความเสี่ยง
กระบวนการบริหารความเสี่ยง
ทะเบียนจัดการความเสี่ยง
รายงานอุบัติการณ์
กำกับติดตาม ทบทวน

3 การประเมินความเสี่ยง

ควรครอบคลุมการจัดการด้านยา การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การติดเชื้อ การระบุตัวผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล โภชนาการ ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ ความเสี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว

4 การรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เหตุเกือบพลาด

รายงาน ตรวจสอบข้อเท็จจริง ปฏิบัติการ ฝึกอบรม จัดทำบันทึก วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง ให้ข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบ

5 จัดการประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ

ประเด็นที่องค์การอนามัยโลกระบุ
เป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย
ออกแบบ สื่อสาร สร้างความตระหนัก
นำไปปฏิบัติ

6 การประเมินประสิทธิผล

ของโปรแกรมบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

ระบบบริการความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผล

ข. ข้อกำหนดเฉพาะประเด็น

1 โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (I-5.1 c)

2 อาคารสถานที่ พื้นที่ใช้สอย อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และวัสดุครุภัณฑ์ (II-3.1, 3.1, 6)

3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเวชระเบียน (II-4, 5)

ข. ข้อกำหนดเฉพาะ

ข. ข้อกำหนดจำเพาะ

ระบบบริหารความเสี่ยงดำเนินการแบบบูรณาการไปกับระบบงานที่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กร.

(1) องค์กรบริหารจัดการโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร อย่างมีประสิทธิภาพ.

(ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ I-5.1 ค.(1))

(2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่า อาคารสถานที่ พื้นที่ใช้สอย อุปกรณ์เครื่องมือ ยา และวัสดุครุภัณฑ์ที่ใช้ เป็นไปตามที่กฎหมาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้องกำหนด. อุปกรณ์เครื่องมือถูกใช้งานโดยคำนึงถึงความปลอดภัย.

(ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ II-3.1, II-3.2 and II-6)

(3) องค์กรวางแผนการจัดการระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเป็นระบบ และมีการออกแบบขั้นตอนที่เหมาะสมในการจัดการเวชระเบียนผู้ป่วย.

(ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ II-4 และ II-5)

II-1.2 ข. ข้อกำหนดเฉพาะประเด็น

- ที่มา
  - เป็นการนำข้อกำหนดที่ ISQua เน้นว่ากระบวนการบริหารความเสี่ยงเหล่านี้เป็นสิ่งที่ควรครอบคลุม
  - ข้อกำหนดเหล่านี้มีอยู่สมบูรณ์แล้วในมาตรฐานที่อ้างถึง
- แนวทางการใช้
  - ใช้เพื่อเชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน
  - ประเมินตามมาตรฐานที่ถูกอ้างอิงถึง ไม่ต้องประเมินในส่วนนี้ซ้ำ

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน
เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอด[illegible] เจ้าหน้า[illegible]

SIMPLE 2018

HRMS, NRLS, RCA

Never Events,

Safety Priority Area

ก. ข[illegible]นดการบ[illegible]

3

การประเมินความเสี่ยง

ควรครอบคลุมการจัดการด้านยา การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การติดเชื้อ การระบุตัวผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล โภชนาการ ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ ความเสี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว

4

การรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เหตุเกือบพลาด

รายงาน ตรวจสอบข้อเท็จจริง ปฏิบัติการ ฝึกอบรม จัดทำบันทึก วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง ให้ข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบ

5

จัดการประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ

ประเด็นที่องค์การอนามัยโลกระบุ เป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย [illegible]มตระหนัก

NRLS,THIP

2

การสนับสนุนระบ[illegible]บริหารความเสี่ย[illegible]

นโยบายบริหารความเ[illegible]
แผนจัดการความเสี่ยง
กระบวนการบริหารความเสี่ย[illegible]
ทะเบียนจัดการความเสี่ยง
รายงานอุบัติการณ์

risk register

1

กรอบการบริหารความเสี่ยง

[illegible]เครงหลัก
การจัดการภายในองค์กร
ความเสี่ยงที่จะจัดการ

Dimension: strategy, clinic, operation, finance, harm

6

[illegible]ะเมินประสิทธิผล

[illegible]รมบริหารความเสี่ยงและ[illegible]วามปลอดภัย

personal safety

RDU, CPOE, med. reconcile

reuse of medical device, engineering control, IC risks from construction

ข. ข[illegible]ดเฉพาะประเทศ

โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร

1 (I-5.1 c)

อาคารสถานที่ พื้น[illegible] เช้สอย อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และวัสดุครุภัณฑ์

2 (II-3.1, 3.1, 6)

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเวชระเบียน

3 (II-4, 5)

2P safety Goals

Thailand Patient Safety Goals

S — Safe Surgery

S1: Safe Surgery and Invasive Procedure
S2: Safe Anesthesia
S3: Safe Operating Theater

I — Infection Control

Hand Hygiene :I1
Prevention of Healthcare :I2 Associated Infection
Isolation precautions :I3
Prevention and Control :I4 Spread of Multidrug-Resistant Organisms (MDRO)

M — Medication & Blood Safety

M1: Safe from Adverse Drug Events (ADE)
M2: Safe from Medication Error
M3: Medication Reconciliation
M4: Rational Drug Use (RDU)
M5: Blood Transfusion Safety

P — Patient Care Precess

Patients Identification :P1
Communication :P2
Reduction of Diagnostic Errors :P3
Prevention of Common Complications :P4
Pain Management :P5
Refer and Transfer Safety :P6

L — Line, Tube & Catheter and Laboratory

L1: Catheter and Tubing Connection, and and Infusion pump
L2: Right and Accurrate Laboratory Results

E — Emergency Response

Response to the DeterioratingPatient :E1
Medical Emergency :E2
Maternal & Neonatal Morbidity :E3
ER Safety :E4

Thailand Personnel Safety Goals

S — Social Media and Communication

S1: Security and Privacy of Information
S2: Social Media and Communication Professionalism

I — Infection and Exposure

Fundamental of Infection :I1
Prevention and Control for Workforce
Transmission-based Infection :I2
Prevention and Control for Workforce

M — Mental Health and Mediation

M1: Mental Health
M2: Mediation

P — Process of Work

Fundamental Guideline for :P1 of Work-Related Disorder
Specific Guideline for Prevention :P2 of Work-Related Disorder
Fitness for Duty Health Assessment :P3

L — Lane (Traffic) and Legal Issues

L1: Ambulance and Referral Safety
L2: Legal Issues

E — Environment and Working Conditions

Safe Physical Environment :E1
Working Conditions :E2
Workplace Violence :E3

II-1.2 ก. ระบบบริหารความเสี่ยง

(1) องค์ประกอบสำคัญและโครงหลักของการบริหารความเสี่ยง (PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง):

●

(2)(3) แผนการบริหารความเสี่ยง ระเบียบปฏิบัติ กระบวนการบริหารความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง และ risk register:

●

(4) การรายงาน การเรียนรู้ปรับปรุง จากอุบัติการณ์ (incident) และเหตุเกือบพลาด (near miss):

●

(5) การจัดการเพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (PSG):

●

(6) การประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:

●

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

●

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
31. ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม			
32. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ			
33. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย			
34. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย			
35. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย			
36. กระบวนการบริหารความเสี่ยง			
37. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์			

ขอบพระคุณทุก ๆท่านครับ

Facebook : Suradet Sriangkoon

suradetsri@gmail.com

Facebook Page : ห้องเรียนความเสี่ยง : @Riskroom