

ความปลอดภัย ความเสี่ยง และ IT Governance

Patient Safety

- นโยบาย 3 p safety
- การรายงานอุบัติการณ์
- การคุ้มครองผู้ป่วย

การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

- สิทธิ์ตามชั้นปี
- Audit log
- PDPA

Patient Safety

โรงพยาบาลกระบี่ได้ประกาศนโยบายความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล นโยบาย 3P Safety, นโยบาย No blamed, No harm, 224 พี่ช่วยน้อง และกำหนดให้มี Safety culture เป็น 1 ในจุดเน้นของโรงพยาบาล ซึ่งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและคณะกรรมการ 3P Safety และ RMT (ตัวแทนทุกระบบงานสำคัญและหัวหน้างาน) ตอบสนองแผนพัฒนายุทธศาสตร์การแพทย์การสาธารณสุขและการบริหารจัดการมุ่งสู่ Smart Krabi Hospital (SKH) ขับเคลื่อนนโยบาย 3P Safety ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ บูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและกำหนดผู้รับผิดชอบจัดทำแนวทางปฏิบัติ สื่อสารนำไปปฏิบัติทั้งโรงพยาบาล และจัดทำทะเบียน Risk Register ผ่านระบบ Intranet โรงพยาบาล จัดการประชุมให้ความรู้ในการทำ risk register และการใช้ประโยชน์จากทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) ในการกำกับติดตามการดำเนินงานเพื่อลดจำนวนการเกิดอุบัติการณ์หรือความรุนแรงของอุบัติการณ์ และมีการติดตามผลการดำเนินงานในที่ประชุมคณะกรรมการ 3P Safety และ RMT ทุก 2 เดือน

ตั้งแต่ปี 2562 โรงพยาบาลกระบี่ ได้กำหนดให้บุคลากรรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS เป็นช่องทางหลัก ทุกคนในหน่วยงานสามารถมี user สำหรับรายงานได้ และมีช่องทางรายงานอื่นๆ เช่น รายงานเวรตรวจการ

โปรแกรมยา, QR Code รายงานความเสี่ยงในการทำงาน, ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน, ผู้แสดงความคิดเห็นและ Social media เป็นต้น ทั้งนี้มีช่องทางให้คำปรึกษาและสื่อสารเกี่ยวกับงานบริหารความเสี่ยงผ่านกลุ่มไลน์ การแจ้งเตือนผู้รับผิดชอบเข้าตรวจสอบโปรแกรม HRMS 2 สัปดาห์/ครั้ง ผ่าน Social Media (line) และโทรแจ้งโดยตรง เพื่อดำเนินการแก้ไขและตอบกลับการจัดการตามระยะเวลา จัดประชุมเชิงปฏิบัติการระบบบริหารจัดการความเสี่ยงแก่บุคลากรทุกระดับ ทุกปี เพื่อให้บุคลากรทุกคนมีความรู้ความเข้าใจในระบบบริหารจัดการความเสี่ยงและขั้นตอนการประสานงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุ กำหนด Unit risk Officer ทุกหน่วยงานและประชุมคณะกรรมการ Unit risk Officer (ตัวแทนจากหน่วยงาน) ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก กระตุ้นการรายงานอุบัติเหตุ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการทบทวนและสื่อสารแนวทางป้องกัน ทุกวันจันทร์ที่ 4 ของเดือน และคณะกรรมการ 3P Safety และ RMT ประเมินประสิทธิผลของการบริหารความเสี่ยง ติดตามรายงานอุบัติเหตุในทะเบียนจัดการความเสี่ยง และนำเสนอประสิทธิผลของการบริหารความเสี่ยงต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุก 1-2 เดือน

โรงพยาบาลกระบี่ มีช่องทางรับข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียน คือ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน และผู้แสดงความคิดเห็น ที่จะติดตู้ไว้ที่หน้าหน่วยงานรับบริการแต่ละจุด นอกจากนี้ยังมีช่องทางอื่นๆ ได้แก่ QR Code PEP, สสจ., ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน, สปสช. มีคณะกรรมการ RMT และคณะกรรมการคณะกรรมการที่เคลื่อนที่เร็วในการเจรจาไกล่เกลี่ย ดำเนินการพูดคุยกับผู้ร้องเรียนเพื่อรับทราบประเด็นร้องเรียนและรายละเอียดเหตุการณ์และจัดเวทีทบทวนอุบัติเหตุกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อสอบถามข้อเท็จจริง ชี้แจงผู้ร้องเรียนเข้าใจระบบบริการ หรือเสนอขอ ม.41 ตามความเหมาะสม

นโยบายความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

- 1) นโยบาย 3P Safety Hospital : เน้นมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ
- 2) นโยบาย No blamed, No harm culture
- 3) นโยบาย 224 พี่ช่วยน้อง
- 4) พัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรเพื่อตอบสนองและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยง
- 5) ค้นหา เฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงทุกประเภท เป็นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ
- 6) มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงทุกหน่วยงาน รวมทั้งวิเคราะห์และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
- 7) ร่วมกันสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร โดยให้ถือว่าผู้รายงานไม่มีความผิด
- 8) มีช่องทางรับรายงานความเสี่ยงและข้อร้องเรียนจากผู้รับ/ผู้ให้บริการ/ภาคีเครือข่ายภายนอกและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
- 9) มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ สะท้อนสถานการณ์ความเสี่ยง

5.1.2 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ๙ ข้อ สถานพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

- 1) สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด
- 2) สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด
- 3) กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุราก
- 4) จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมสำรวจ

5.1.1 นโยบายความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

- 1) นโยบาย 3P Safety Hospital : เน้นมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ
- 2) นโยบาย No blamed, No harm culture
- 3) นโยบาย 224 พี่ช่วยน้อง
- 4) พัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรเพื่อตอบสนองและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยง
- 5) ค้นหา เฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงทุกประเภท เป็นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ
- 6) มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงทุกหน่วยงาน รวมทั้งวิเคราะห์และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
- 7) ร่วมกันสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร โดยให้ถือว่าผู้รายงานไม่มีความผิด
- 8) มีช่องทางรับรายงานความเสี่ยงและข้อร้องเรียนจากผู้รับ/ผู้ให้บริการ/ภาคีเครือข่ายภายนอก และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
- 9) มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ สะท้อนสถานการณ์ความเสี่ยง

5.1.2 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ๙ ข้อ สถานพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

- 1) สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด
- 2) สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด
- 3) กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุราก
- 4) จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมสำรวจ

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 (SAR)	ตัวชี้วัดที่ติดตาม
1. การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ (S: Safe surgery and Invasive Procedure)	มาตรฐาน III-4.3 การดูแลเฉพาะ ข.การผ่าตัด (4)	1. ผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ <i>ทั้งหมด/ระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป</i>
2. การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กร ในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS I (I: Infection Prevention and Control)	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (1)	1. อัตราการติดเชื้อในรพ. (health care-associated infections) ต่อ 1,000 วันนอน 2. อัตราการติดเชื้อ SSI ต่อ 1,000 วันนอน 3. อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days 4. อัตราการติดเชื้อ CLABSI/1,000 Cath. Days 5. อัตราการติดเชื้อ VAP/1,000 Vent. Day 6. อัตราการเกิด HAP /1,000 วันนอน 7. อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (MDR) 8. อัตราความครอบคลุมการล้างมือ (5 moments) ของเจ้าหน้าที่
3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งตรงกับมาตรฐาน (I: Infection and Exposure)	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (3)	1. ร้อยละบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน (จำนวนอุบัติเหตุ)
4. การเกิด medication error และ adverse drug event (M: Medication and Blood Safety)	มาตรฐาน II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน ก.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (3)	1. Medication error with harm <i>ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป</i> (ยกเว้นการแพ้ยาซ้ำ) 2. อุบัติการณ์ 2.1-2.5 ทั้ง OPD และ IPD 2.1 อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing 2.2 อุบัติการณ์ Medication error : Transcribing 2.3 อุบัติการณ์ Medication error : Pre-dispensing 2.4 อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing 2.5 อุบัติการณ์ Medication error : Administration 3. อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 (SAR)	ตัวชี้วัดที่ติดตาม
5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด (M: Medication and Blood Safety)	มาตรฐาน II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	1.อุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด <i>ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป</i>
6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (8)	1.อุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด <i>ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป</i>
7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	มาตรฐาน III-2 การประเมินผู้ป่วย ค.การวินิจฉัยโรค (4)	1.อุบัติการณ์ Miss diagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรง <i>ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป</i>
8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ข.การให้บริการ (3) II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค และ II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ	1. อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อน <i>ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป</i>
9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงบริการ (3)	1. ร้อยละของการคัดแยก under triage ที่ ER* ระดับ E-I 2. ร้อยละของการคัดแยก over triage ที่ ER* ระดับ E-I

5.1.3 เข้มมุ่ง ปี ๒๕๖๑ : Safety Culture

- เน้นประเด็น
- 1) การระบุตัวผู้รับบริการให้ถูกต้อง (Patient Identification)
 - 2) การสื่อสารอย่างเป็นมิตร (Mediation)
 - 3) การควบคุมการติดเชื้อ (IC)

5.1.4 คำจำกัดความเกี่ยวกับความเสี่ยง

ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง ความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้น ในอนาคต หรือในสถานการณ์ซึ่งจะเป็นอันตราย หรือมีผลร้ายแรงต่อร่างกาย จิตใจ ทรัพย์สิน หรือภาพลักษณ์โรงพยาบาล

ผิดพลาด (Error) หมายถึง การทำงานที่เบี่ยงเบนไปจากที่วางแผนไว้ หรือที่ตั้งใจไว้ หรือการทำงานใดๆ ที่ไม่บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ (มีโอกาที่จะก่อให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น แต่อาจก่อให้เกิดผลเสียหรือไม่ก็ได้)

เหตุเกือบพลาด (Near miss) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้น แต่ยังไม่เกิด หรือได้รับการแก้ไขได้ทันท่วงที

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) หมายถึง การบาดเจ็บอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์อื่นๆ ซึ่งเป็นผลจากการดูแลรักษา (อาจเป็นผลจากการกระทำหรือไม่กระทำ) มิได้เกิดจากโรคของผู้ป่วย

อุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel event) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ รุนแรงมีผลต่อชีวิต ร่างกาย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะผู้ป่วย หรือมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์โรงพยาบาล

อันตราย (Hazard) หมายถึง สิ่งหรือสถานการณ์ (Source/Situation) ที่อาจก่อให้เกิด (Potential) การบาดเจ็บ/ความเจ็บป่วย /ความเสียหายต่อทรัพย์สินหรือชื่อเสียงของโรงพยาบาล หรือสิ่งต่างๆเหล่านี้รวมกัน

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นหรือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้กับขั้นตอนการสั่งใช้ยา และการถ่ายทอดคำสั่ง (Prescribing and Transcribing) การเตรียมการจ่ายยา (Preparing and Dispensing) การบริหารยา (Administration) โดยเป็น

ผลให้ไม่เป็นไปตามหลักการใช้ยาในด้านถูกคน (Right Patient) ถูกยา (Right Drug) ถูกขนาด (Right Dose) ถูกเวลา (Right Time) ถูกวิธี (Right Route) ถูกเทคนิค (Right Technique)

บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้น โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีต และหน่วยงานอื่นๆ ตลอดจนการทบทวนต่างๆ และการสำรวจภายในหน่วยงานของตนเอง เพื่อเป็นประเด็นสำคัญ ที่ควรมีการเฝ้าระวัง โดยมีทั้งระดับโรงพยาบาลกลุ่มงาน/ แผนก หน่วยงาน ซึ่งบัญชีนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลา

ทะเบียนการจัดการความเสี่ยง (Risk register) หมายถึง เครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ตั้งแต่ การประเมิน การวางแผน การตอบสนอง ไปจนถึงการติดตามและทบทวน ทำให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต และทำให้เกิดการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

5.1.5 ประเภทของความเสี่ยงที่ต้องรายงาน

ความเสี่ยงทั่วไป เช่น ความเสี่ยงทางเวชระเบียน/ เอกสาร เครื่องมือ/ วัสดุการแพทย์ อาหาร ความเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม/ สิ่งอำนวยความสะดวก ทรัพย์สินสูญหาย เจ้าหน้าที่ได้รับความบาดเจ็บจากการทำงาน ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ สิทธิผู้ป่วย เป็นต้น

ความเสี่ยงทางคลินิก แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

- ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป เช่น เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ เป็นต้นเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย
- ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเกิดจากการรักษาพยาบาลเฉพาะในโรค หรือหัตถการนั้น เช่น Hypoglycemia จากการให้ Insulin ในผู้ป่วย DM ,CNS Infection จากการผ่าตัดสมอง, Pneumothorax จากการแทง Central line เป็นต้น

Sentinel events (ความเสี่ยงสำคัญ) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ รุนแรงถึงชีวิต ร่างกายมีการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะของผู้ป่วยหรือมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์โรงพยาบาล ได้แก่

ด้านคลินิก	ด้านสนับสนุน
- เสียชีวิตแบบไม่คาดฝัน	- ระบบ IT ถูกแฮกระบบจากไวรัส
- เสียชีวิต/บาดเจ็บจากการถูกทำร้ายร่างกายหรือฆ่าตัวตาย	- ไฟไหม้ / แก๊สระเบิด
- ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง/ตำแหน่ง ผิดชนิด ผ่าตัด	- การลักพาตัว
- ลืมอุปกรณ์/วัสดุในร่างกาย	- กรณีข่มขืน คุกคามทางเพศ

- อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดมีการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน	- เจ้าหน้าที่ที่ถูกคุกคามทางกาย/วาจา
- AE ระดับ G,H,I จากการให้ยา การให้เลือด พัดตกหกหล่น	
- การเสียชีวิตของมารดาทุกราย	
- ไม่มีก๊าชทางการแพทย์จ่าย/ผิดพลาด	
- Workplace Violence	

5.1.6 การรายงานอุบัติการณ์และความเสี่ยง

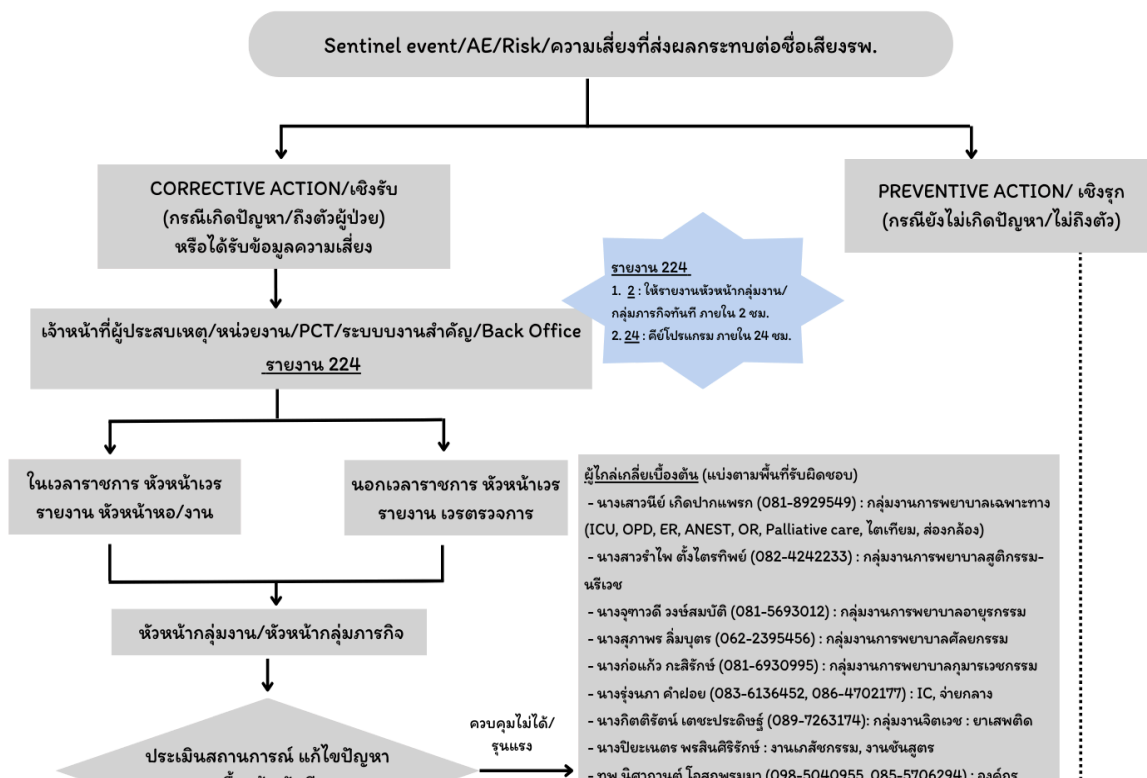
ก. ช่องทางการรายงานและรับรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยง

1) ช่องทางภายใน เช่น Quality/Risk round โปรแกรมรายงาน HRMS (Healthcare Risk Management System) โปรแกรม PEP (Patient Experience Program) รายงานจากเวรตรวจการ สมุดบันทึกประจำวันของหน่วยงาน บัญชีรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน Face to face ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน หน้าห้องผู้อำนวยการ ตู้แสดงความคิดเห็น เป็นต้น

2) ช่องทางภายนอก เช่น ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนของสำนักงานสาธารณสุข ศูนย์ดำรงธรรม สำนักงานปลัดกระทรวง ศูนย์รับเรื่อง 1111 และ Social media ต่างๆ เป็นต้น

ข. แนวทางรายงานตามนโยบาย 224 (ตามแนวทางการรายงานความเสี่ยง RMT 001)

Flow การบริหารความเสี่ยง



5.1.7 การประเมินความเสี่ยง (Risk analysis)

1) การประเมินระดับความรุนแรงความเสี่ยง (Severity) ตามรายละเอียด ดังนี้

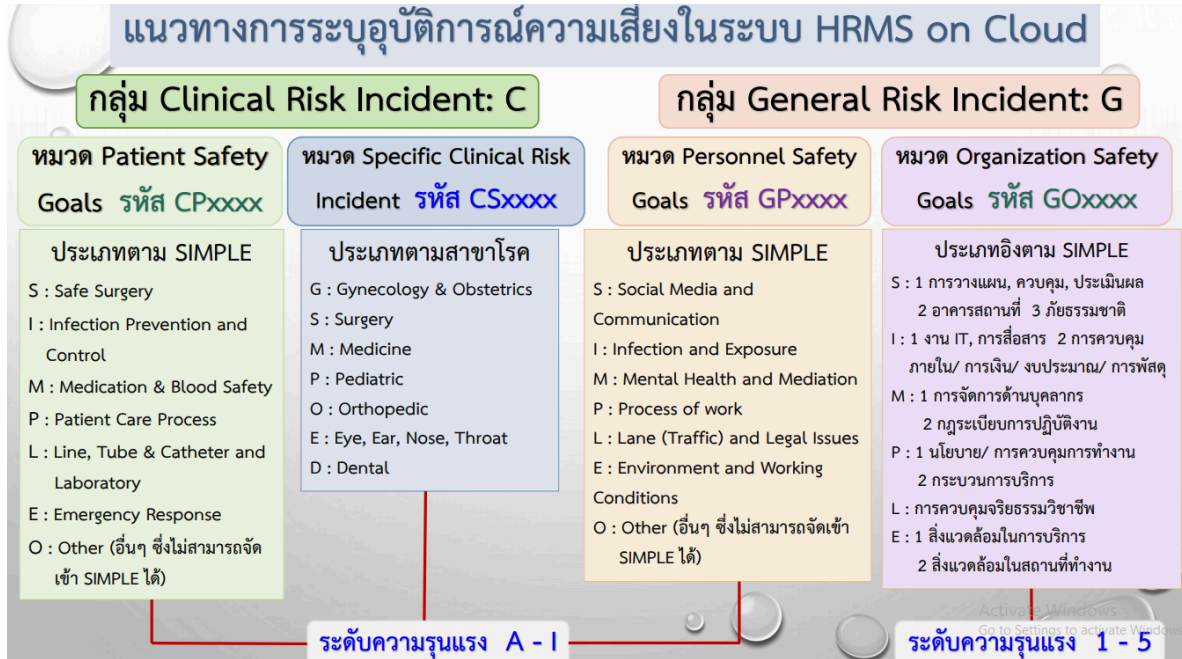
ระดับความรุนแรงทางคลินิก	ความหมาย	ระดับความรุนแรงทางสนับสนุน	ความหมาย
A	(เกิดที่นี้) เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเองสามารถปรับแก้ไขได้ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและผู้ป่วยหรือบุคลากร	1 (น้อยที่สุด)	เหตุการณ์ที่อาจก่อความรำคาญหรือสร้างความรำคาญยังไม่เกิดความเสียหาย
B	(เกิดที่ไกล) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งต่อเหตุการณ์/ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบต่อใดๆ ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร		
C	(เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร แต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย	2 (น้อย)	เหตุการณ์ก่อความรำคาญหรือสร้างความรำคาญน้อยเกิดความเสียหายหรือสูญเสียทรัพย์สิน 1,000-4,999 บาท
D	(ให้ระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย		
E	(ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มมากขึ้น	3 (ปานกลาง)	เกิดความเสียหายปานกลาง หรือสูญเสียทรัพย์สิน 5,000 –24,999 บาท
F	(เยียวยาวนาน) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อต้องใช้เวลาก่อนแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น		
G	(ต้องพิจารณา) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ทำให้เกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียง/ความเชื่อถือและ/หรือมีการร้องเรียน	4 (มาก)	เกิดความเสียหายมาก อาจมีการฟ้องร้อง/แจ้งความ ส่งผลกระทบต่อชื่อเสียง หรือสูญเสีย

H	(ต้องการป้้ม) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร มีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล		ทรัพย์สิน 25,000 บาทขึ้นไป
I	(จำใจลา) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/สื่อ	5 (มากที่สุด)	เกิดความเสียหาย มีการฟ้องร้อง/แจ้งความ มีผลกระทบต่อชื่อเสียงหรือสูญเสียทรัพย์สิน 50,000 บาทขึ้นไป

การหากลวิธีจัดการกับปัญหาในแต่ละระดับของความรุนแรง โดยการจัดการ ดังนี้

ระดับความรุนแรง		การจัดการแก้ปัญหา
A: เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน	1 (น้อยที่สุด)	ให้จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน
B: เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย		
C: เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย	2 (น้อย)	ใช้ความคิดสร้างสรรค์หรือแก้ปัญหาเฉพาะหน้า หรือในกรณีที่ปัญหานั้นมีผลกระทบอาจจะนำมาวิเคราะห์ RCA
D: เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้มีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย		
E: มีผลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเพิ่มมากขึ้นจากเหตุการณ์นั้น	3 (ปานกลาง)	
F: มีผลทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากขึ้น		
G: มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร	4 (มาก)	ให้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบทุกปัญหา
H: มีผลทำให้ผู้ป่วยต้องปฏิบัติกรู๊ชีฟ		
I: มีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต	5 (มากที่สุด)	

2) การระบุอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS



5.1.8 การจัดลำดับความสำคัญ

การจัดลำดับความสำคัญโดยใช้ Risk Matrix ในการประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์ โดยนำมาจัดลำดับความสำคัญตามพื้นที่ สีแดง เหลือง เขียว

Risk Assessment Matrix		ความถี่				
		1	2	3	4	5
ผล ระ ทบ/ ควา ม ร น แ ร ง	5 I / สูงมาก	5	10	15	20	25
	4 G-H / สูง	4	8	12	16	20
	3	3	6	9	12	15

	E-F / ปานกลาง					
	2 C-D / น้อย	2	4	6	8	10
	1 A-B / น้อยมาก	1	2	3	4	5

ความถี่ ใส่ตาราง Matrix

*หมายเหตุ นำ
ผลกระทบ/ความ
รุนแรง คูณ

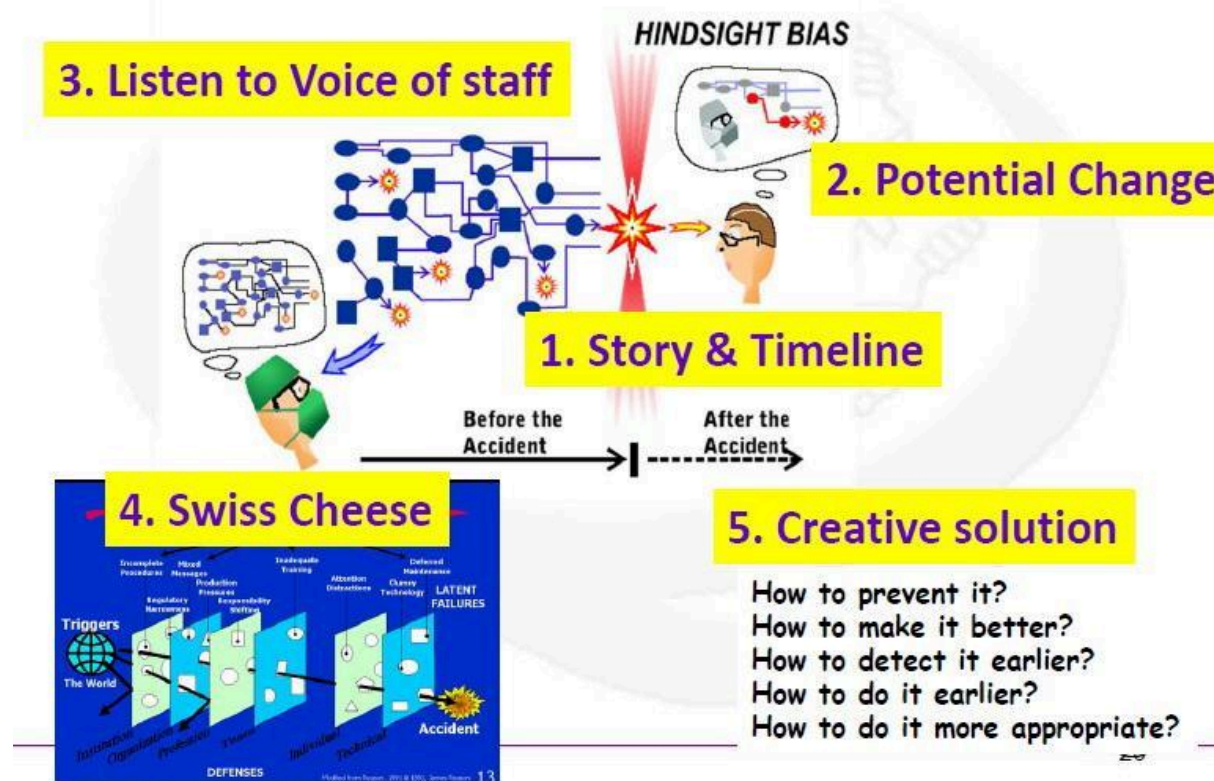
ความถี่ (likelihood)

5	สูงมาก	เกิดทุกวัน
4	สูง	เกิดทุกสัปดาห์
3	ปานกลาง	เกิดทุกเดือน
2	น้อย	เกิดทุก 1 ปี
1	น้อยมาก	ไม่เคยเกิด/เกิดเหตุการณ์ ใน 1 ปี

เกณฑ์ตัดสินใจ

	ระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้จำเป็นต้องเร่งจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุกครั้งที่เกิดอุบัติการณ์หรืออย่างน้อยทุก 1 เดือน
	ระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้จำเป็นต้องเฝ้าระวังให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุกครั้งที่เกิดอุบัติการณ์หรืออย่างน้อยทุก 2-3 เดือน
	ระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้โดยต้องจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุก 4-6 เดือน
	ระดับที่พอยอมรับได้แต่ต้องมีการควบคุมต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุกอย่างน้อยทุก 1 ปี

5.1.9 การวิเคราะห์สาเหตุ RCA (Root Cause Analysis) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์รากเหง้าหรือสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาคือต้นตอของปัญหา มี 5 ขั้นตอน



รูปที่ 5 แสดง RCA 5 ขั้นตอน

1) Story & Timeline เขียนลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระบุวัน เวลา ว่าเกิดอะไรขึ้น โดยใช้คำถามดังนี้

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| What เกิดอะไรขึ้น | Who ใครบ้างที่เกี่ยวข้อง |
| When เกิดขึ้นเมื่อใด | Where เกิดขึ้นที่ไหน |

2) Potential Change มองหาจุดเปลี่ยนจาก Timeline ที่ทำในข้อ 1) เป็นจุดเปลี่ยนที่จะเปลี่ยน unsafe act ให้เป็น appropriate act โดยใช้ประโยชน์จากอคติของการมองย้อนหลังเพื่อระบุจุดเปลี่ยน (จุดเปลี่ยน หมายถึง ระบบ/มาตรฐานการปฏิบัติ/การตัดสินใจที่ควรเกิดขึ้น) โดยการเขียน flow กระบวนการดูแลทั้งหมดอาจช่วยได้ หรืออาจมีการทบทวนวรรณกรรมเพื่อเรียนรู้แนวทางที่ดีที่สุด

3) Listening to Voice of staff มีขั้นตอนคือ

- เปิดเวทีให้ผู้เกี่ยวข้องได้บอกเล่าจากมุมมองของตนตามความเหมาะสม
- ทุกคนมีบทบาท และควรรับทราบบทบาทของผู้อื่น

- การทราบว่าผู้เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลอะไร แผลผลข้อมูลอย่างไร ต้องการอะไร มีข้อจำกัดอะไร ทำให้เกิดความเข้าใจคนทำงาน
- ควรจะมี facilitator ช่วยตั้งคำถามที่เหมาะสม
- Contributory Factors (IHI)
 - (1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย: พฤติกรรม บุคลิกภาพ ภาษา การสื่อสาร ครอบครัว สังคม เป็นต้น
 - (2) ปัจจัยด้านกระบวนการ: การรับบริการ การประเมิน แนวทางปฏิบัติ โครงสร้างการปฏิบัติงาน การสื่อสารข้อมูล
 - (3) ปัจจัยด้านบุคคลากรแต่ละคน: ความรู้ ทักษะ ความเหนื่อยล้า ความจำ ความเครียด อารมณ์ แรงจูงใจทัศนคติ สุขภาพ เป็นต้น
 - (4) ปัจจัยด้านทีม: การสื่อสาร การบันทึก ความสัมพันธ์ การกำกับติดตาม/ตอบสนอง
 - (5) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน: ระดับความชำนาญและประสบการณ์ของบุคลากร ภาระงาน เครื่องมือ สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความปลอดภัย
 - (6) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการระดับองค์กร: นโยบาย วัฒนธรรม งบประมาณและทรัพยากร
 - (7) ปัจจัยภายนอกอื่นๆ: กฎหมาย นโยบายของรัฐ สถานะเศรษฐกิจ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- ในการพูดคุยเพื่อให้เข้าใจปัจจัยเอื้อเชิงระบบ ในระดับหน่วยงาน (Local Workplace Factors) และระดับองค์กร (Organizational Factors) โดยใช้การถามด้วย WHY

แนวทางการตั้งคำถาม

Local Workplace Factors	Organizational Factors
ลักษณะของผู้ป่วยมีผลต่อการเกิด AE หรือไม่	แนวทางอะไรที่ควรมีสำหรับผู้ป่วยที่มีลักษณะนี้
บุคลากรมีความเหนื่อยล้า เครียด เสียสมาธิ หรือไม่	การจัดระบบงานและสิ่งแวดล้อมอะไรที่จะป้องกันได้
บุคลากรมีความรู้และทักษะเพียงพอหรือไม่	การฝึกอบรมและการให้ข้อมูลอะไรบ้างที่จำเป็น ระบบเตือน (reminder system) อะไรที่จะช่วยได้
สมาชิกในทีมมีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่หรือไม่	มีการมอบหมายงานอย่างไร

สมาชิกในทีมได้รับข้อมูลที่ชัดเจนหรือไม่	แนวทางการบันทึกข้อมูล การสื่อสารและส่งต่อข้อมูลระหว่างสมาชิกที่จะช่วยป้องกันได้ควรเป็นอย่างไร
เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ สถานที่ มีความพร้อมหรือไม่	ระบบการจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ สถานที่/ สิ่งแวดล้อม อะไรที่ช่วยได้ มีทรัพยากรอะไรที่ต้องการเพิ่ม
	ระบบการติดตามกำกับและตอบสนองเป็นอย่างไร
	การออกแบบระบบงานเอื้อต่อการทำงานที่ปลอดภัยหรือไม่
	มีนโยบายอะไรที่เป็นอุปสรรคในเรื่องนี้
	วัฒนธรรมองค์กรเป็นอย่างไร

4) สรุปปัจจัยเอื้อ โดยใช้ Swiss Cheese Model เป็นหน้าที่ของ RCA Facilitator ที่จะประมวลข้อมูลทั้งหมดมาสรุปเป็นปัจจัยเชิงระบบสำหรับแต่ละจุดเปลี่ยน

5) การออกแบบวิธีแก้ปัญหา (Creative solution) โดยใช้คำถาม

- How to prevent it? (ป้องกันอย่างไร)
- How to make it better? (ทำให้ดีขึ้นอย่างไร)
- How to detect it earlier? (จะตรวจจับ/ค้นหาให้ง่ายอย่างไร)
- How to do it earlier? (วิธีทำที่ง่ายอย่างไร)
- How to do it more appropriate? (ทำให้เหมาะสมอย่างไร)

หรือ ในทางคลินิกใช้การออกแบบจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย 6 กระบวนการ หรือ 13 กระบวนการย่อย

5.1.10 การจัดการความเสี่ยงด้วยการจัดทำทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register)

Risk Register หรือ ทะเบียนจัดการความเสี่ยง เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ตั้งแต่ การประเมิน การวางแผน การตอบสนอง ไปจนถึงการติดตามและทบทวน ทำให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต และทำให้เกิดการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยนารายการบัญชีความเสี่ยงระดับหน่วยงาน หรือองค์กรมาจัดการความเสี่ยง ซึ่งมี 4 ขั้นตอนคือ

1) Risk identification เป็นกระบวนการที่ใช้ค้นหา รับรู้และพรรณนาความเสี่ยงที่อาจมีผลขัดขวางการบรรลุวัตถุประสงค์

Risk Identification			
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Description
	วันที่ลงทะเบียนความเสี่ยง	เหตุการณ์ความเสี่ยง	นิยาม/ความหมายความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

2) Risk Monitoring & Review การทบทวนครั้งแรกของการใช้ Risk Register ควรทบทวนข้อมูลในรอบปีที่ผ่านมา และการทบทวนครั้งต่อไป จะเป็นการทบทวนข้อมูลในรอบเวลาที่ผ่านมามาตามความถี่ที่กำหนดไว้ การทบทวนควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้

- แนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ เท่าเดิม มากขึ้น หรือลดลง เป็นเพราะอะไร
- การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่กำหนดไว้ (อาจใช้การตามรอย) ทำได้ครบถ้วนเพียงใด มีปัญหาข้อคิดขัดอะไร ควรมีการปรับให้ปฏิบัติได้ง่ายขึ้นอย่างไร
- ความครอบคลุมของมาตรการป้องกัน มีเพียงพอที่จะป้องกัน root cause ของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบเวลาที่ผ่านมามาหรือไม่ อะไรคือมาตรการป้องกันที่ควรเพิ่มเติม

Risk Monitoring & Review			
Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review
ผู้รับผิดชอบ/คณะกรรมการ	ความถี่ในการทบทวน	การทบทวนครั้งสุดท้าย	ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกัน และการปฏิบัติ (ใช้เครื่องมือวิเคราะห์สาเหตุ RCA)

รูปแสดง Risk Monitoring & Review

3) Risk analysis เป็นกระบวนการที่ใช้ทำความเข้าใจธรรมชาติ แหล่งที่มา และสาเหตุของความเสียหาย ประเมินค่าระดับความเสี่ยง ศึกษาผลกระทบของความเสียหาย ตรวจสอบการควบคุมที่ใช้อยู่ โดยการวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิด (likelihood) และความรุนแรงหรือผลที่จะตามมา consequence)

Risk Analysis		
Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level
1-5	1-5	L+C

รูปที่ 9 แสดง Risk analysis

4) Risk Treatment Plan เป็นผลรวมของมาตรการที่ปฏิบัติอยู่เดิม กับข้อเสนอที่เพิ่มขึ้นจากการทำ Risk Monitor & Review

- Risk Prevention ระบุมาตรการป้องกันที่ความเฉพาะเจาะจงกับความเสี่ยงนั้นๆ เพื่อประโยชน์ในการทบทวนในรอบต่อไป (รายละเอียดจะอยู่ในคู่มือการปฏิบัติงาน)

- Risk Monitor เป็นการกำหนดว่าจะเฝ้าติดตามตัววัดหรือข้อมูลอะไรเพื่อให้สามารถตรวจพบความเสี่ยงได้ไวยิ่งขึ้น
- Risk Mitigation เป็นการระบุว่าถ้าเกิดอุบัติการณ์ขึ้น จะมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาอันตรายหรือความเสียหายอย่างไร
- QI Plan เป็นแผนการทดสอบมาตรการป้องกันให้ได้ผลดีขึ้น ซึ่งเมื่อสรุปผลว่าได้ผล มาตรการนี้ จะถูกเพิ่มเป็นมาตรการป้องกันในรอบต่อไป

Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง (หากเป็นการเริ่มทบทวนในครั้งแรก(Q1)มีมาตรการเดิมอะไร/ไม่มี และครั้งต่อมาได้มาจาก QI Plan ครั้งที่ผ่านมา)	การติดตาม (ตัวชี้วัด/อุบัติการณ์/ผลลัพธ์การดำเนินงาน)	แนวทางบรรเทาความเสียหาย (การจัดการความเสี่ยงเบื้องต้น/การให้ออมูล แก่ญาติ/การเจรจาไกล่เกลี่ย)	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น (ผลลัพธ์ที่ได้จากการทบทวน (Result of Review) ที่เป็นแผนพัฒนา)

5.1.11 ระยะเวลาการจัดการเหตุการณ์/ อุบัติการณ์ ของหน่วยงาน ระบบงาน และ PCT รูปแสดง Risk Treatment Plan

เมื่อเกิดเหตุการณ์/ ความเสี่ยง ผู้ประสบเหตุต้องประเมินการจัดการกับปัญหาในขั้นต้น และดำเนินการแก้ไขเบื้องต้นก่อน โดยให้อยู่ในระยะเวลา ดังนี้

- 1) อุบัติการณ์ของหน่วยงาน กำหนดระยะเวลาตอบกลับ 7 วัน นับจากวันที่ได้รับอุบัติการณ์ให้แก้ไข/ ร่วมแก้ไข
- 2) อุบัติการณ์ของระบบงาน, PCT หรืออุบัติการณ์ที่มีความซับซ้อน กำหนดระยะเวลาตอบกลับ 14 วัน นับจากวันที่ได้รับอุบัติการณ์ให้แก้ไข/ ร่วมแก้ไข

5.1.12 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการกำกับติดตามและประเมินระบบบริหารความเสี่ยง

- 1) ติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มตัวชี้วัดของระบบบริหารความเสี่ยง และนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการRMT และคณะกรรมการบริหาร รพ.ทุก 1 เดือน
 - 2) ติดตามตัวชี้วัดของ 3P Safety : มาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ
- หมายเหตุ การตอบสนองต่อปัญหาเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้การรายงานประสบความสำเร็จ

5.1.13 Flow การจัดการความขัดแย้งและการไกล่เกลี่ย โรงพยาบาลกระบี่

