



**คู่มือบริหารความเสี่ยง**

**ส่วนหน่วยงาน**

**สำหรับปฏิบัติงาน**

**ปี 2563**

**โดยทีมบริหารความเสี่ยง**

**โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**

## วิสัยทัศน์

เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ มาตรฐานร่วมใจ มุ่งสู่ความเป็นเลิศ  
ด้านปฐมภูมิ เพื่อประชาชนมีสุขภาพดี ในปี 2565

## พันธกิจ:

ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิถึงระดับทุติยภูมิ ครอบคลุม  
4 มิติ แก่ประชาชนในและนอกเครือข่ายให้สามารถเข้าถึงบริการได้ ทั้งใน  
ภาวะปกติและภาวะวิกฤต ถูกเงิน ใต้ทันเวลา โดยบุคลากรที่มีมาตรฐานใน  
วิชาชีพ ภายใต้การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และธรรมาภิบาล  
รวมทั้งสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการ และการใช้เทคโนโลยี ด้าน  
สุขภาพแก่ภาคี เครือข่าย เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

ดำเนิน: สามัคคี มีวินัย ใส่ใจบริการ

เข็มมุ่ง : STORK SEPSIS STEMI

# RISK MANAGEMENT

ทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล เป็นทีมนำที่ประกอบด้วยคณะกรรมการดำเนินงานซึ่งเป็นตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ และมีทันตแพทย์เป็นประธาน ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการความเสี่ยง มีการมอบหมายหน้าที่ให้กับพยาบาลนิเทศเป็นผู้จัดการความเสี่ยงนอกเวลาราชการ โดยมีหัวหน้าทีมนำและหัวหน้างานทุกงานเป็นผู้จัดการความเสี่ยงในทุกหน่วยงาน เพื่อการค้นหาความเสี่ยงและควบคุมความสูญเสียของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และทรัพยากรของโรงพยาบาล ทำให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ

**เป้าหมาย** เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและสิ่งแวดล้อม

**พันธกิจ** ค้นหาความเสี่ยงครอบคลุมทุกหน่วยงาน ทุกทีมคร่อมสายงาน มีมาตรการป้องกัน และมีการกำจัดความเสียหายแก่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติ และชุมชน

**นโยบาย** ทุกหน่วยงาน มีระบบการบริหารความเสี่ยง (ตั้งแต่การค้นหา การประเมิน การแก้ไขและการป้องกัน)อย่างมี ประสิทธิภาพ

**หน้าที่** จัดการให้ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ รพ. และสิ่งแวดล้อม มีความปลอดภัยจากการบริการ สร้างหลักประกันและสร้างความมั่นใจจากกระบวนการบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ชุมชน ตลอดจนชื่อเสียงและทรัพย์สินของโรงพยาบาลปลอดภัย

## ขอบเขตการให้บริการ

1. กำหนดนโยบายและวางแผนค้นหาความเสี่ยง
2. กำหนดโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล
3. วิเคราะห์ความเสี่ยงของหน่วยงานในโรงพยาบาล
4. ส่งเสริมการเฝ้าระวัง ป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
5. บริหารจัดการเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น
6. ให้ความรู้และสนับสนุนหน่วยงานต่าง ๆ ในการบริหารความเสี่ยง

### คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

1. นายจิตติศักดิ์	สุวรรณ	ทันตแพทย์ชำนาญการ	ประธานกรรมการ
2. น.ส.ไพโรแก้ว	ประเสริฐอุดมศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รองกรรมการ
3. นางเยาวเรศ	ผ่องแผ้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
4. นางอุบลรัตน์	ยอดจันทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
5. นางนกน้อย	ทับอินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
6. นางนิภาพร	ศรีศิลป์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
7. น.ส.ณัฐวดี	มูลน้อย	จพ.เวชสถิติ	กรรมการ
8. นางธนิดา	นัทธิ	นักวิชาการเงินและบัญชี	กรรมการ
9. นางยุพิน	สมชื่อ	แพทย์แผนไทยชำนาญการ	กรรมการ
10. นางนลินี	สุขภิรมย์	นักกายภาพบำบัด	กรรมการ
11. นายธีรวัต	บุญเลิศ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	กรรมการ
12. น.ส.กมลวรรณ	จันทร์อ่อน	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
13. นายมนตรี	ชัยกุล	นักจัดการทั่วไปปฏิบัติการ	กรรมการ
14. นางสุพชันิกร	เดชอุป	จพ.ทันตสาธารณสุขชำนาญการ	เลขานุการกรรมการ
15. น.ส.พัฒนิตา	พันธ์ศรี	นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ	ผู้ช่วยเลขานุการกรรมการ

บทบาทหน้าที่

### บทบาทหน้าที่ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- 1.1 เป็นที่ปรึกษาการวางระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- 1.2 พิจารณาสั่งการและดำเนินการ กรณีที่มีความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์สำคัญเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล
- 1.3 รับทราบรายงาน การประเมินผล และการตอบสนองการบริหารความเสี่ยง

### บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

- 2.1 ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน
- 2.2 สนับสนุนกระบวนการจัดการ และทรัพยากรเพื่อแก้ไขความเสี่ยง
- 2.3 บริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ปัญหาความเสี่ยงที่ซับซ้อน ที่หน่วยงาน หรือทีมคร่อม  
ไม่สามารถแก้ไขได้
- 2.4 ติดตามประเมินผลการจัดการความเสี่ยง

### บทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบโปรแกรม หรือระบบที่เกี่ยวข้อง

มีหน้าที่ในการรายงานเหตุการณ์ / อุบัติการณ์ หรือความเสี่ยง และประเมินประสิทธิภาพของการ บริหารความเสี่ยงในทีมไปยังผู้จัดการความเสี่ยง ดังนี้

- 5.1 ทีมดูแลผู้ป่วย (PCT) : มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษา และสิทธิผู้ป่วยซึ่งเป็นความเสี่ยงทางคลินิก
- 5.2 ทีมพัฒนาระบบยา (PTC) : มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา และปัญหาเกี่ยวกับยา
- 5.3 ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) : มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับการติดเชื้อในโรงพยาบาล การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่
- 5.4 ทีมบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวาง ระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัย การฝึกซ้อมป้องกันอัคคีภัย การเกิดอัคคีภัย การตรวจคุณภาพน้ำทิ้ง การจัดการขยะ การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ การจัดหา เก็บรักษา แจกจ่าย ซ่อมบำรุง และจำหน่าย เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ

- 5.5 ทีมเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุม ป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับเวชระเบียน การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทั้งในเชิง ปริมาณและคุณภาพ การจัดการความรู้ การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ และระบบฐานข้อมูล ต่างๆ
- 5.6 ทีมรับเรื่องร้องเรียนและเจรจาไกล่เกลี่ย มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบ ควบคุม ป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับด้านเรื่องร้องเรียน ผลการจัดการปัญหาข้อร้องเรียน
- 5.7 ทีมบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (HRD) มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวาง ระบบ ควบคุมป้องกันความเสี่ยงด้านพฤติกรรมบริการ และสมรรถนะบุคลากร



## หน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

1. กำหนดนโยบาย และวางแผนกลยุทธ์ในการบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล
2. จัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลและสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ
3. รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
4. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวนอุบัติการณ์ จัดการความเสี่ยง และการแก้ไข เชิงระบบ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
5. ให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลและสร้างความตื่นตัวทั้งองค์กรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง
6. พัฒนาระบบฐานข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล
7. ติดตามผลการดำเนินงาน การบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่าง ๆ
8. สรุปรายงาน และประมวลผลความเสี่ยง เพื่อวางมาตรการบริหารความเสี่ยง

## บทบาทหน้าที่หัวหน้างาน

1. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน ดำเนินการทบทวนและแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน และ กระตุ้นให้มีการรายงานความเสี่ยง
2. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงภายในหน่วยงาน และวางมาตรการป้องกัน ควบคุม ความเสี่ยงที่สำคัญ
3. ตรวจสอบความถูกต้องของการจัดประเภท การประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เจ้าหน้าที่ใน หน่วยงาน ดำเนินการ ลงนามรับทราบบันทึกรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ภายในหน่วยงานที่เจ้าหน้าที่ภายใน หน่วยงาน บันทึกรายงาน
4. นำทีมทบทวนอุบัติการณ์ภายในหน่วยงาน และลงข้อมูลในโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง
5. รวบรวมสถิติวิเคราะห์ตัวชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงภายในหน่วยงาน
6. นำเสนอข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานแก่คณะกรรมการ RM

### บทบาทที่ทีมคร่อมสายงาน

1. ทีมคร่อมสายงาน/ทีมนำด้านต่าง ๆ จัดทำมาตรการป้องกันให้สอดคล้องกับนโยบายความเสี่ยงของ โรงพยาบาล
2. ร่วมจัดการและแก้ไขปัญหาเชิงระบบ ในระบบงานที่เกี่ยวข้อง

### บทบาทตัวแทนความเสี่ยงของหน่วยงาน (RM network team)

1. เป็นผู้ประสานงานด้านการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน
2. เป็นแกนนำในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน
3. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานค้นหาและรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน
4. รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยงของหน่วยงาน

### บทบาทหน้าที่บุคลากรทุกระดับ

1. ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคู่มือการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลทุงโพธิ์ทะเล
2. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์/อุบัติการณ์เบื้องต้น
3. บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไข และรายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด
4. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์/อุบัติการณ์ซ้ำ

### ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

#### ความต้องการของผู้มารับบริการ/ ผู้ป่วยและญาติ

1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา
2. ไม่เกิดการบาดเจ็บ อันตรายขณะมารับบริการในโรงพยาบาล
3. ได้รับการรักษาสิทธิของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด ประชาชนทั่วไป ไม่เกิดการทำลายสิ่งแวดล้อม อันมีสาเหตุเนื่องมาจากโรงพยาบาล

#### ความต้องการของผู้ร่วมงาน /ในหน่วยงาน

1. ไม่เกิดอุบัติเหตุและโรคที่เกิดจากการทำงาน
2. ได้รับคำแนะนำในการบริหารความเสี่ยง
3. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และมีการปรับปรุงแก้ไขเพื่อลดการเกิดความเสียหายซ้ำอีก



4. มีการเชื่อมประสานงานระหว่างหน่วยงาน ในการลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

### ความต้องการของผู้ร่วมงาน / ในโรงพยาบาล

1. ลดความสูญเสีย หรือความเสียหายต่อทรัพย์สินของโรงพยาบาล
2. ลดข้อร้องเรียนที่จะทำให้เกิดความเสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล

### วัฒนธรรมความเสี่ยง/ความปลอดภัยในองค์กร

1. มีการทบทวนความเสี่ยง และรายงานความเสี่ยงทุกวัน ทุกหน่วยงาน ในโปรแกรมความเสี่ยงมีการรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์ตามโปรแกรมความเสี่ยงที่กำหนดในรูปรายงาน บันทึกรายงาน ผ่านระบบคอมพิวเตอร์/ เอกสาร และการใช้งานจากฐานข้อมูลจากโปรแกรม HosXp\*\*\*
2. การรายงานความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และองค์กร ไม่ใช่เพื่อการจับผิดหรือ กล่าวโทษ
3. มีการเยี่ยมหน่วยงานต่าง ๆ ในเรื่องความปลอดภัยเป็นระยะ (Risk Round)
4. มีการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทุกเดือน เป้าหมายคุณภาพ การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และทุกโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ

### \*ระบบสารสนเทศเพื่อความปลอดภัยในวัฒนธรรมองค์กรของ โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล

ความเป็นมาของการพัฒนาระบบสารสนเทศในงานบริหารความเสี่ยง

- เดิมปี 2557-2562 มีการริเริ่มใช้โปรแกรมบริหารความเสี่ยงจาก สสจ. ในระบบHosXP
- ในปี2562-ปัจจุบัน มีการสมัครเข้าร่วมเป็นสมาชิกระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาลร่วมกับ สรพ. ,HRMS :Health care risk management system (client) on cloud : NRLs โดยมีเว็บไซต์คือ <http://thong.thai-nrls.org/>
- ในปี2562-ปัจจุบัน มีการนำระบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของ โรงพยาบาล (HSCS: Hospital safety culture survey) มาใช้เพื่อการวิเคราะห์วัฒนธรรมความเสี่ยงในโรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล
- ปี2563 มีการปรับปรุงระบบโปรแกรมความเสี่ยงใหม่ใน โปรแกรมHosXP เพื่อใช้รายงาน วิเคราะห์กำกับติดตาม ความเสี่ยงระหว่างทีม และหน่วยงานภายในในองค์กร ให้มีความสะดวกมากขึ้น

## รู้จักความเสี่ยงกัน !!!!!

1. **ความเสี่ยง (Risk)** หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ เช่น ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การท าลายสิ่งแวดล้อม ภาวะในการชดใช้ค่าเสียหาย

2. **บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)** หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้น โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีต และหน่วยงานอื่น ๆ ตลอดจน จาก การ ทบทวนต่าง ๆ และจากการสำรวจภายในหน่วยงานของตนเอง เพื่อเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีการ ฝ้าระวัง โดยมีทั้งระดับโรงพยาบาล กลุ่มงาน/แผนก หน่วยงาน

3. **อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event)** หมายถึง ันตรายที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการรักษา และ ไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรค หรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย ันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเกิดความพิการตามมา

4. **ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical Error)** หมายถึง ความล้มเหลวของการดูแลรักษาที่วางแผน ไว้ หรือการวางแผนการรักษาที่ไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

5. **เหตุเกือบพลาด (Near Miss)** หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่เกิดขึ้น เพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน

6. **อุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event)** หมายถึง ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก ซึ่งผู้ประสบเหตุการณ์ต้องรายงานหัวหน้า หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนทันที หรือโดยเร็วที่สุด

เช่น - ผู้ป่วยหนีกลับ

- อัคคีภัยและอุบัติภัยต่าง ๆ
- ข้อร้องเรียนกล่าวหาที่อาจมีผลกระทบต่อชื่อเสียงโรงพยาบาล
- ผู้ป่วย/ถูกทำร้ายร่างกาย -การระบาดของโรค/อุบัติเหตุ/อุบัติภัยรุนแรง
- การโจรกรรมทรัพย์สินของทางราชการ/เจ้าหน้าที่/ผู้รับบริการ
- ให้อาหาร/เลือด ผิดคน ผิดชนิด ผิดกลุ่ม
- การพลัดตกหกล้มในระหว่างการดูแลและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ต้องรักษาเพิ่มเติม
- ลืมเครื่องมือหรือวัสดุทางการแพทย์ในตัวผู้ป่วยจากการผ่าตัด
- การลักพาตัวเด็กหรือ ส่งมอบทารกแก่มารดาผิดคน

## กระบวนการสำคัญ (Key Processes) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินและวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

กระบวนการหลัก	กิจกรรม
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">การค้นหาความเสี่ยง</div> <div style="text-align: center;">↓</div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กระตุ้นให้หน่วยงานและทีมนำค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากกระบวนการหลัก</li> <li>- รวบรวมความเสี่ยงที่ได้จากการค้นหาในกระบวนการหลัก</li> <li>- รวบรวมอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล</li> <li>- จัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน</li> </ul>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">ประเมินความเสี่ยง</div> <div style="text-align: center;">↓</div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดลำดับความสำคัญของอุบัติการณ์</li> <li>- ประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์</li> <li>- ประเมินข้อเท็จจริง</li> <li>- ควบคุมความเสียหาย</li> </ul>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">การจัดการกับความ</div> <div style="text-align: center;">↓</div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การป้องกัน/ควบคุมความสูญเสีย</li> <li>- การชดเชยความสูญเสีย</li> <li>- การจัดการความเสี่ยงการบริการของแพทย์</li> </ul>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">การประเมินผล</div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินการสะท้อนกลับ / ผลการแก้ไขและวิธีการแก้ไขปัญหา</li> <li>- ประเมินผลการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ</li> <li>- ทบทวนระบบบริหารความเสี่ยง</li> </ul>

**ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง** โดยกลวิธีการค้นหาความเสี่ยงด้วยกระบวนการ  
เชิงรับ => จากรายงาน , อุบัติการณ์ จากข้อร้องเรียน

เชิงรุก => จากการทบทวนเวชระเบียนที่นอนนาน ค่าใช้จ่ายสูง ทบทวนสาเหตุการตาย Risk Round

**การแบ่งประเภทความเสี่ยง แบ่งเป็น 2 หมวด ได้แก่**

**1.ความเสี่ยงทางคลินิก** เป็นความเสี่ยง ที่เกิดจากกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ป่วยและความคลาดเคลื่อนทางยา ความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลรักษาซึ่งส่งผลให้เกิดต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วย แบ่ง ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

**1.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Clinical Risk)** หมายถึง เหตุการณ์ที่อาจเกิดอันตราย หรือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ สามารถเกิดได้ใน ผู้ป่วยทั่วไป ไม่จำกัดโรคใดโรคหนึ่ง เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ

**1.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk)** หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง เช่น ตกเลือด หลังคลอดเกิดเฉพาะในกลุ่มหลังคลอด ไข้ตั้งแตกในผู้ป่วยไข้ตั้งอักเสบ Hypoglycemia ในผู้ป่วย DM

**แผนผังรายการความเสี่ยงจำนวนตามโปรแกรมบริหารความเสี่ยง HosXp มีทั้งหมดสองชุด**

**ชุด 1. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk) ประกอบด้วย-15 รายการหลัก และมีรายการย่อยต่อในภาคผนวก**

- 1.01 ความปลอดภัยด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient care process)
- 1.02 การติดต่อสื่อสาร (ในการทำงาน ประสานงาน การรักษาผู้ป่วย)
- 1.03 ความปลอดภัยของเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์
- 1.04 สิทธิผู้ป่วย
- 1.05 การให้บริการผู้ป่วย
- 1.06 การตรวจพิเศษ/การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 1.07 การรักษาพยาบาล
- 1.08 การดูแลกระบวนการคลอด
- 1.09 ความปลอดภัยด้านการทำหัตถการ
- 1.10 การให้ยา /สารน้ำ /การให้เลือด
- 1.11 การ รับ-ส่งต่อผู้ป่วย
- 1.12 การจำหน่ายผู้ป่วย
- 1.13 การติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 1.14 มาตรฐาน วิธีการ แนวทางในการรักษาผู้ป่วย
- 1.15 ระบบข้อคิดเห็นจากผู้รับบริการ
- 1.16 1.16 อื่นๆ ระบุ

**ชุด 2. ความเสี่ยงทั่วไป (Non-Clinical risk)** ได้แก่ คือ โครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมและสิ่งแวดล้อม, การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ , โปรแกรมเวชระเบียน และโปรแกรมสิทธิผู้ป่วย/ข้อร้องเรียน /ข้อเสนอแนะ

2.1 ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ได้แก่ อุบัติการณ์เกี่ยวกับ อาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก , อุบัติการณ์เกี่ยวกับผลที่จะเกิดจากการปฏิบัติงานที่มีต่อสุขภาพบุคลากร ความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน

2.2 ด้านการเงิน ได้แก่ อุบัติการณ์เกี่ยวกับค่ารักษา การสูญเสียรายได้ทรัพย์สินทางราชการต่าง ๆ มูลค่าความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน

2.3 เวชระเบียน ได้แก่ อุบัติการณ์เกี่ยวกับเอกสารประวัติของผู้ป่วย เช่น การบันทึก การจัดเก็บ การค้นหา การระบุตัวผู้ป่วย การบันทึกสิทธิการรักษา การบันทึกค่ารักษาพยาบาล การบันทึกที่แสดงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสื่อสารของสหสาขาวิชาชีพ

2.4 ความเสี่ยงด้านบริการ ได้แก่ อุบัติการณ์เกี่ยวกับการดูแล ช่วยเหลือ การให้ข้อมูล การ ช่วยเหลืออำนวยความสะดวก พฤติกรรมบริการ ขั้นตอนบริการ

2.5 ความเสี่ยงด้านเครื่องมือ ได้แก่อุบัติเหตุเกี่ยวกับ อุปกรณ์ เครื่องมือ ที่ใช้ในการดูแลรักษา

2.6 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม ได้แก่ อุบัติการณ์เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูล ก่อนลงนามยินยอมรักษา การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษา

2.7 ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้แก่ อุบัติการณ์เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ความไม่พร้อมใช้คอมพิวเตอร์ , โปรแกรมการสื่อสารบันทึก , การจัดเก็บข้อมูล และเกี่ยวกับข้อมูลสถิติต่าง ๆ

**แผนผังรายการความเสี่ยงจำนวนตามโปรแกรมบริหารความเสี่ยง HosXp**

**ชุด2 – ความเสี่ยงทั่วไป (non clinical/general risk)ประกอบด้วย 3 รายการหลัก (และมีรายการย่อยต่อในภาคผนวก)**

2.1 ความปลอดภัยด้านชีวิตและทรัพย์สิน

2.2 คุณภาพด้านงานสิ่งแวดล้อม

2.3 การบริการอื่นๆ (ด้านงานบริหาร)

2.4 อื่นๆ ระบุ

**ขั้นตอนที่ 2 ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง**

การประเมินความเสี่ยงจะครอบคลุมถึงการจำแนกประเภท การประเมินระดับความรุนแรง การประมวลผล ข้อมูลความเสี่ยง เพื่อการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การจัดการกับค่าเรียกร้องเสียหาย แบ่งเป็น

**ประเมินความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุ** เช่น ตอบคำถามว่า มีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากเพียงใด มีโอกาสความเสียหาย บ่อยเท่าใด มีโอกาสเกิดความสูญเสียเท่าใด ในสถานการณ์ใดมีโอกาสจะเกิดมาก

**ประเมินขณะเกิดเหตุ** ได้แก่ กระบวนการบันทึกและปรึกษาซึ่งต้องเริ่มต้นทันทีที่พบว่า มีอุบัติการณ์หรือ ความเสียหายเกิด

### การแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยงทางคลินิกแบ่งเป็น 9 ระดับ

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
A	ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่มีโอกาสทำให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้ หรือถ้าไม่ให้ความสนใจที่อาจเกิดอุบัติการณ์ขึ้น	Near Miss
B	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่เนื่องจากอุบัติการณ์นั้นไม่ไปถึงตัวผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	
C	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่/แม้อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นถึงตัวผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	Low Risk
D	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่/แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามดูแลและเฝ้าระวังเพิ่มเติม	
E	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่เพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม	Moderate Risk
F	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่เพียงชั่วคราว รวมถึงต้องได้รับการดูแลรักษาใน รพ. หรือยืดระยะเวลาในการรักษาตัวใน รพ.ออกไป	
G	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่/เกิดความพิการอย่างถาวร	High Risk
H	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ จนเกือบถึงแก่ชีวิต	
I	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ จนถึงแก่ชีวิต	

จำง่าย ๆ ดังนี้ A เกิดที่นี้ B เกิดที่ไหน C เกิดกับใคร D ให้ระวัง E ต้องรักษา F เยียวยานาน G ต้องพิการ H ต้องการปั๊ม I จำใจลา

### ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไปมี 4 ระดับ

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
1	มีโอกาสดังกล่าวความเสี่ยง/เกิดความเสียหายแต่ไม่ถึงผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/ สิ่งแวดล้อมและองค์กร	Near Miss
2	มีความเสี่ยงเกิดขึ้นแต่ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ/ผู้รับผลงาน/ สิ่งแวดล้อม/องค์กร ไม่เสีย ค่าใช้จ่าย	Low Risk
3	มีความเสี่ยงเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายหรือจิตใจต่อผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/ สิ่งแวดล้อม/องค์กร ทำให้ต้องมีการเฝ้าระวัง หรือมีการเสียค่าใช้จ่ายไม่เกิน 5,000 บาท	Moderate Risk
4	มีความเสี่ยงเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายหรือจิตใจต่อผู้รับบริการ/ เจ้าหน้าที่/สิ่งแวดล้อมและองค์กร มีการสูญเสีย ค่าใช้จ่ายมูลค่ามากกว่า 50,000 บาทขึ้นไป	High Risk

โดยมีการแบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับความเสี่ยง	ระดับความรุนแรงทางคลินิก	ระดับความรุนแรงทั่วไป
1.Near miss	A-B	1
2.ความเสี่ยงต่ำ	C-D	2
3.ความเสี่ยงปานกลาง	E-F	3
4.ความเสี่ยงสูง	G-I	4

### กระบวนการจัดทำ Risk profile /Risk Level

การประเมินความเสี่ยงเพื่อจัดทำ จำเป็นต้องมีการนำข้อมูลรายการความเสี่ยงที่ได้จากขั้นตอนที่หนึ่งมา วิเคราะห์เป็นค่า Risk Level ที่ได้จากการทำคะแนนจาก Risk matrix ซึ่งเป็นค่าคำนวณของ ผลคูณ ระหว่าง ระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น (Consequence/Impact) x ค่าความถี่ที่เกิดขึ้น (Frequency/Likelihood) เพื่อนำมาจัดทำเป็น Risk profile (Risk identification+ Risk analysis) ไว้ ใน Risk register ต่อไป เพื่อขึ้นเป็นเลขทะเบียนความเสี่ยง เพื่อสร้างแนวทางการจัดการตอบสนองต่อ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การจัดการกับค่าเรียกร้องเสียหาย แนวทางการบรรเทา ปล่อยถ่ายความเสี่ยง ตามลำดับความสำคัญเร่งด่วน และ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์กำหนดระยะเวลากำกับ-ติดตามผลลัพธ์ใน หน่วยงานต่อไป

RISK MATRIX = Consequence(Impact) x Frequency (Likelihood)

#### Consequence (Impact)

		1	2	3	4	5	
		A	B-C-D	E-F	G-H	I	
Likelihood (frequency)	5	ทุกสัปดาห์/เดือน	5	10	15	20	25
	4	2-5 เดือน /ครั้ง	4	8	12	16	20
	3	6 เดือน /ครั้ง	3	6	9	12	15
	2	ปีละครั้ง	2	4	6	8	10
	1	2-3 ปี /ครั้ง	1	2	3	4	5

โดยมีค่าคะแนนสูงสุด Maximum point =25 / ค่าคะแนนต่ำสุด Minimum point = 1

-นำคะแนนจากการวิเคราะห์ Risk Level มาจัดระดับ / อันดับความเสี่ยงสำคัญเพื่อสะท้อนและ

เพื่อพิจารณาจัดการความเสี่ยงตามความสำคัญ และเพื่อแจ้งวาระการรายงานในที่ประชุมอื่นๆต่อไป

-ความเสี่ยงใดๆที่มีข้อมูลความรุนแรงที่ E / 4 ขึ้นไปจะแนะนำให้มีการทำวิเคราะห์รากเหง้า (เอกสารRCA ภาคผนวก)



เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถกำหนดระยะเวลาติดตามกำกับตามความเสี่ยงจาก ระดับสีของ Risk Level ดังนี้ (สามารถปรับพิจารณาได้ตามคะแนนในกลุ่มสีได้อีกหากจำเป็น)

- **สีแดง**- ทบทวนกำกับติดตามมาตรการทุกครั้งที่เกิด/ หรืออย่างน้อยทุกเดือน
- **สีส้ม** – ทบทวนมาตรการทุก สามเดือน
- **สีเหลือง**- ทบทวนมาตรการ ทุก 6 เดือน
- **สีเขียว**- ทบทวนมาตรการ อย่างน้อยทุกปี
- **ในปี 2563** ทางรพทล. ได้มีการจัด เกณฑ์การให้คะแนนใหม่ ตามเอกสารการประชุม สรพ ปี 2561 และตามเอกสารประเมินตนเอง ของ สรพ 2020 FM-ACD-046-02)

(Ref, เอกสารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 2561 เรื่อง New HA Standards: Risk management through risk register, FM-ACD-046-02)

เกณฑ์การให้คะแนนด้วยความรุนแรง มีทั้งหมด ห้าระดับโดยให้ จำแนกคะแนนตาม ประเภทความเสี่ยงดังนี้

เกณฑ์คะแนนความเสี่ยงทางคลินิก 5 คะแนน (Impact/consequence) for Clinical Risk

- ระดับ A ให้คะแนนเป็น 1
- ระดับ B-C ให้คะแนนเป็น 2
- ระดับ E-F ให้คะแนนเป็น 3
- ระดับ G-H ให้คะแนนเป็น 4
- ระดับ I ให้คะแนนเป็น 5

เกณฑ์การให้คะแนนความเสี่ยงทั่วไป มี 5 คะแนน (Impact/consequence) for General Risk

- ระดับ 0 ให้คะแนนเป็น 1
- ระดับ 1 ให้คะแนนเป็น 2
- ระดับ 2 ให้คะแนนเป็น 3
- ระดับ 3 ให้คะแนนเป็น 4
- ระดับ 4 ให้คะแนนเป็น 5

- เกณฑ์การให้คะแนนระดับความถี่ของอุบัติการณ์ 5 คะแนน (Grading of Frequency/Likelihood)
  - เกิดขึ้น มากกว่า 2-3 ปี /ครั้ง (นานๆหลายปีจึงจะเกิด) ให้คะแนนเป็น 1
  - เกิดขึ้น 1 ปี/ครั้ง (ปีละครั้ง) ให้คะแนนเป็น 2
  - เกิดขึ้น 6 เดือน/ครั้ง (เกิดขึ้นทุก หกเดือน) ให้คะแนนเป็น 3
  - เกิดขึ้น 2-5 เดือน/ครั้ง ให้คะแนนเป็น 4
  - เกิดขึ้นทุกสัปดาห์/ทุกเดือน ให้คะแนนเป็น 5

\*\*ตารางแสดงรายละเอียดเกณฑ์ให้คะแนน จำแนก ตามความรุนแรง และ ความถี่ ต่อไปนี้\*\*

### เอกสารรายละเอียดการใช้วิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง -ส่วนที่1

- รายละเอียดค่านิยาม ความเสี่ยงทางคลินิก (Grading of Clinical Risk) \*\*แบ่งใหม่ล่าสุดตาม สรพ SARS2020

ระดับความเสี่ยงทางคลินิก	รายละเอียด จำง่าย ๆ ดังนี้ A เกิดที่นี้ B เกิดที่ไหน C เกิดกับใคร D ให้ระวัง E ต้องรักษา F เยียวยาหาหน G ต้องพิการ H ต้องการป้ม I จำใจลา	คะแนนความรุนแรง (Impact/consequence)  **แบ่งใหม่ล่าสุดตาม สรพ SARS2020	
A	<u>ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น</u> แต่มีโอกาสทำให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้ หรือถ้าไม่ให้ความสนใจที่อาจเกิดอุบัติการณ์ขึ้น	Insignificant (Negligible)	1
B	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่เนื่องจาก อุบัติการณ์นั้นไม่ไปถึงตัวผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	Insignificant	2
C	มีอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นถึงตัวผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ แต่ <u>ไม่เป็นอันตราย</u> หรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	Insignificant	2
D	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่/แต่ยัง จำเป็นต้องมีการติดตามดูแลและเฝ้าระวังเพิ่มเติม	Minor	2
E*	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่เพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาหรือแก้ไข เพิ่มเติม	Moderate	3
F*	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่เพียงชั่วคราว รวมถึงต้องได้รับการดูแลรักษาใน รพ. หรือยึด ระยะเวลาในการรักษาตัวใน รพ.ออกไป	Moderate	3
G**	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่/เกิดความ พิการอย่างถาวร	Major	4
H**	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ จนเกือบถึงแก่ ชีวิต	Major	4
I***	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ <u>จนถึงแก่ชีวิต</u>	Extreme	5

รายละเอียดค่านิยาม ความเสี่ยงทางคลินิก (Grading of General Risk) \*\*แบ่งใหม่ล่าสุดตาม สรพ SARS202\*

ระดับความเสี่ยงทั่วไป	รายละเอียด	คะแนนความรุนแรง (Impact/consequence) **แบ่งใหม่ล่าสุดตาม สรพ SARS2020	
0	No error /ไม่มีความเสี่ยง- สถานการณ์ปกติ	Insignificant	1
1	มีโอกาสเกิดความเสี่ยง/เกิดความเสี่ยงแต่ไม่ถึงผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/สิ่งแวดล้อมและองค์กร	Minor	2
2	มีความเสี่ยงเกิดขึ้นแต่ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ/ผู้รับผลงาน/สิ่งแวดล้อม/องค์กร ไม่เสีย ค่าใช้จ่าย	Moderate	3
3	มีความเสี่ยงเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายหรือจิตใจต่อผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/ สิ่งแวดล้อม/องค์กร ทำให้ต้องมีการเฝ้าระวังหรือมีการเสียค่าใช้จ่ายไม่เกิน 5,000 บาท	Major	4
4	มีความเสี่ยงเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายหรือจิตใจต่อผู้รับบริการ/ เจ้าหน้าที่/สิ่งแวดล้อมและองค์กร มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายมูลค่ามากกว่า 50,000 บาทขึ้นไป	Extreme	5

- เอกสารรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง -ส่วนที่2 (ต่อ)การให้คะแนนความถี่ (Grading of frequency/Likelihood)

ระดับความถี่	รายละเอียด	คะแนนความถี่
frequent	ทุกสัปดาห์/เดือน	5
Likely	2-5 เดือน /ครั้ง	4
Possible	6 เดือน /ครั้ง	3
Unlikely	ปีละครั้ง	2
scarcely/Rarely	2-3 ปี /ครั้ง	1

นำรายการความเสี่ยงที่วิเคราะห์มาจัดลำดับความเสี่ยงสำคัญรายไตรมาส

รายการความเสี่ยงสำคัญประจำไตรมาส รพ ทล.

ประจำรายไตรมาสที่.....1...(ตค.62-ธค 62)...../ปี...2563.....

ลำดับรายการความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล

● ความเสี่ยงทางคลินิก (common clinical risk & specific clinical risk)

ลำดับ	รายการความเสี่ยง	ความรุนแรง	ความถี่	Risk matrix	RiskLevel	สาเหตุชี้แจง
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

● ความเสี่ยงด้านทั่วไป (General risk)

ลำดับ	รายการความเสี่ยง	ความรุนแรง	ความถี่	Risk matrix	RiskLevel	สาเหตุชี้แจง
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

ลงความเห็นคณะกรรมการ

.....

.....

.....

รายการความเสี่ยงสำคัญประจำไตรมาส  
ประจำรายไตรมาสที่.....2...(มค.62-มีค 63)...../ปี...2563.....

ลำดับรายการความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล

● ความเสี่ยงทางคลินิก (common clinical risk & specific clinical risk)

ลำดับ	รายการความเสี่ยง	ความรุนแรง	ความถี่	Risk matrix	RiskLevel	สาเหตุชี้แจง
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

● ความเสี่ยงด้านทั่วไป (General risk)

ลำดับ	รายการความเสี่ยง	ความรุนแรง	ความถี่	Risk matrix	RiskLevel	สาเหตุชี้แจง
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

ลงความเห็นคณะกรรมการ.....

## ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับความเสี่ง (Action to Manage Risk)

### 3.1 ก่อนเกิดเหตุ

- 3.1.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ง เช่น การปิดห้องผ่าตัดเมื่อไม่มีวิสัญญี การส่งต่อ
- 3.1.2 การป้องกันความเสี่ง เช่น จ้างเหมาบริษัทเพื่อดูแลเครื่องมือทางการแพทย์และ ห้องปฏิบัติการ
- 3.1.3 การป้องกันความเสี่ง เช่น ใส่ของมีคมในกล่องที่หนา การมีระบบบำรุงรักษา เชิงป้องกัน เช่น การตรวจสอบเครื่องมือ การสอบเทียบเครื่องมือต่าง ๆ มีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การ ให้อา การตรวจอุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน การให้ความรู้เจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดความตระหนักและเป็นเจ้าของการ ป้องกันความเสี่ง
- 3.1.4 การแบ่งแยกความเสี่ง เช่น ระบบสำรองไฟ เครื่องมืออุปกรณ์ การสำรองข้อมูล
- 3.1.5 มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ง ได้แก่ -ทุกหน่วยงานมีระบบรายงานความเสี่ง -ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรายงานความเสี่งได้หลายช่องทาง สะดวก มีการสื่อสารย้อนกลับ และไม่เปิดเผยแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกรณีที่เป็นความลับ - จัดทำฐานข้อมูลความเสี่งสื่อสารทั้งองค์กร

### 3.2 หลังเกิดเหตุ

3.2.1 ลดความสูญเสี่ยหลังเกิดเหตุการณ์เป็นการดูแลแก้ปัญหาฉับพลันโดยการเอาใจใส่ ให้ ข้อมูลตรงไปตรงมา ภายใต้อำนาจแนะนำการสื่อสาร ความเข้าใจที่ดีต่อกัน ประคับประคองจิตใจ ขวัญกำลังใจทั้ง ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่รายงานผู้บริหารสูงสุด คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และติดตามประเมินผล ภายหลังกการไกล่เกลี่ยอย่างต่อเนื่อง

3.2.2 การบริหารเงินชดเชยค่าเสียหาย กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหายที่มควมคุม ค่าเสียหาย/ไกล่เกลี่ย จะเป็นผู้สรุปข้อมูล ปัญหา นำเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาล ร่วมกันพิจารณาชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสม

### แนวทางในการจัดการความเสี่งตามลักษณะการเกิดอุบัติการณ์และระดับของความเสี่ง ดังนี้

**1.ความเสี่งในระดับ Near miss (A-B,1)** หน่วยงานดำเนินการวางมาตรการป้องกันหรือแก้ไขปัญหา และรายงานความเสี่งภายใน 1 วันและแก้ปัญหาภายใน 1 เดือน

**2.ความเสี่งต่ำ (C-D,2)** และมีสาเหตุเกิดจากหน่วยงานเดียว ให้หน่วยงานบริหารจัดการเอง โดยการ ทบทวนเพื่อหาแนวทางปฏิบัติ/จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน เช่น การประเมินภาวะเสี่งต่อการพลัดตกหกล้ม การ เตรียมผ่าตัด ความล่าช้าในการค้นเวรระเบียบ หรือความคลาดเคลื่อนในการให้อา โดยให้รายงานภายใน 1 วัน และจัดการแก้ไขความเสี่งที่เกิดขึ้นภายใน 14 วัน

**3.ความเสี่งปานกลาง (E-F,3)** และมีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้อง หน่วยงานและทีมคร่อมสายร่วม ทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) เพื่อวางแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น แนวทางการดูแลหญิง ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่ทารก การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ แผลผ่าตัด

คลอดทางหน้าห้อง เป็นต้น โดยกำหนดให้มีการรายงานภายใน 1 วัน และแก้ไขความเสี่ยงภายใน 7 วันหลังเกิดเหตุการณ์

**4. ความเสี่ยงสูง (G-H-I,4) และเหตุการณ์พึงสังวร** ทีมความเสี่ยงร่วมกับหน่วยงานและทีมที่เกี่ยวข้อง ทบทวนหาสาเหตุรากเพื่อวางมาตรการป้องกันทันทีที่เกิดเหตุการณ์ มีการรายงานเหตุการณ์แก่ผู้อำนวยการหรือ ผู้แทนทันทีที่เกิดเหตุการณ์ เพื่อจัดการปัญหาเบื้องต้น และทบทวนแก้ไขปัญหาโดยวิเคราะห์หาสาเหตุเชิงระบบ ภายใน 2 วัน เช่น การทบทวนดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วย ไฟไหม้ เป็นต้น

#### ตารางแสดงแนวทางการจัดการการเกิดอุบัติการณ์โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล

ระดับรุนแรงทางคลินิก	ระดับรุนแรงทางกายภาพ	ลักษณะการเกิดอุบัติการณ์	การรายงานการจัดการ	การทำ รากเหง้าปัญหา (RCA)
1 / A	1 ไม่มีความรุนแรง (เล็กน้อย)	near miss เกือบพลาด	-จัดการปัญหาเบื้องต้น -แจ้งผู้เกี่ยวข้อง	ทำเรื่องที่มีความถี่มาก/แนวโน้ม จะรุนแรง ภายใน 1 เดือน
2 / B			-เขียนรายงาน ภายใน1 สัปดาห์	
3 / C	2 น้อย (ยอมรับได้)	Miss พลาดแล้ว	-จัดการปัญหาเบื้องต้น -แจ้งหัวหน้างาน	ทำภายใน 3 สัปดาห์
4 / D			-เขียนรายงาน ภายใน 7 วัน	
5 / E	3 ปานกลาง	miss พลาดแล้ว	-จัดการปัญหาเบื้องต้น - แจ้งแพทย์เวร/หัวหน้างาน/ หัวหน้ากลุ่ม	ทำภายใน 2 สัปดาห์
6 / F			-เขียนรายงาน ภายใน 1 วัน	
7,8,9 / G,H,I	4 มาก (สูง,ยอมรับไม่ได้)	miss พลาดแล้ว	-รายงานผอ./รองผอ./หน. กลุ่มงาน ทันที -จัดการปัญหาเบื้องต้น -เขียนรายงาน ทันที	ทำภายใน 1 สัปดาห์

แผนผังการจัดการความเสี่ยง ในเวลานอกเวลา โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล



## ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผล หมายถึง การนำเหตุการณ์ และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของ วิธีการที่ใช้ ป้องกันความเสี่ยง ซึ่งสิ่งที่ต้องประเมิน ได้แก่

4.1 การติดตามประเมินผลตามตัวชี้วัดทุกเดือนและประเมินผลระบบการบริหารความเสี่ยงทั้งระบบ 4.2 การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ต้องตั้งคำถามว่า

-อุบัติการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไร ทั้งๆ ที่มีมาตรการป้องกันแล้ว

-อุบัติการณ์เป็นเหตุการณ์เดี่ยวหรือเรื่องของระบบ มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้อีกหรือไม่

-ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

4.3 การทบทวนความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

4.4 มีการสื่อสารการตอบสนองของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบว่า ได้พิจารณา และให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่และทรัพย์สินของโรงพยาบาล



## กลยุทธ์ในการบริหารความเสี่ยง

รายการ	ระดับหน่วยงาน	ระดับทีมนำ	ระดับโรงพยาบาล
1. การค้นหาและ รวบรวม ความเสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนกระบวนการหลัก -สำรวจ สิ่งแวดล้อม - ทบทวนเวชระเบียน - ค้นหาข้อมูลจากข่าว และสื่อต่างๆ</li> <li>- ระดมสมองจากประสบการณ์ เจ้าหน้าที่</li> <li>- ตรวจสอบและสอบเทียบ มาตรฐาน ที่กำหนด - การตรวจการ และการนิเทศ</li> <li>- การทบทวน 12 กิจกรรม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จากระบบรายงานที่มีอยู่</li> <li>- จากข้อมูลข่าวสาร สื่อ</li> <li>- จากการระดมสมอง ประสบการณ์ทีมงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จากรายงานของหน่วยงาน ต่างๆ</li> <li>- จากรายงานทีมนำต่างๆ -สำรวจ สัมภาษณ์หน่วยงาน</li> <li>- จากข่าวสาร สื่อต่างๆ</li> <li>- การเรียกร้องค่าเสียหาย</li> </ul>
2. ประเมินและ วิเคราะห์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำบัญชีรายการความเสี่ยงระดับ หน่วยงาน</li> <li>- แยกประเภท/ระดับ</li> <li>- จัดลำดับความสำคัญ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำบัญชีรายการความ เสี่ยง ระดับทีมนำ</li> <li>- แยกประเภท/ระดับ</li> <li>- จัดลำดับความสำคัญ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำบัญชีรายการความเสี่ยง ระดับ โรงพยาบาล</li> </ul>
3. การจัดการความ เสี่ยง - แนวทางการจัดการ ความ เสี่ยงที่สำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วิเคราะห์เหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (RCA)</li> <li>- ถ้าปัญหาคร่อมสายงานนำส่ง RM Team เข้าทีมที่เกี่ยวข้อง สรุป จัดทำคู่มือ - ติดตามผลการ ปฏิบัติ - ทบทวนคู่มือและมาตรการ ที่ กำหนดไว้เป็นระยะๆ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วางมาตรการในการ จัดการ ความเสี่ยงที่สำคัญ 5 อันดับทาง คลินิกและ ความเสี่ยงทั่วไปแจ้ง ให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือ ปฏิบัติ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มอบนโยบายและให้การ สนับสนุนปัจจัยในการ ดำเนินการ</li> <li>- มอบหมายผู้รับผิดชอบ แก้ไข</li> </ul>
4. การประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามตัวชี้วัด</li> <li>- ทบทวนอุบัติการณ์ซ้ำ/เกือบ พลาด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามตัวชี้วัด</li> <li>- ทบทวนเชิงระบบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามตัวชี้วัด</li> <li>- ทบทวนเชิงระบบ</li> </ul>

## 2P Safety Goals

**2P Safety Goals – PSG** เป็นเป้าหมายความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและให้เจ้าหน้าที่ โดยใช้ **Simple** เป็นเครื่องมือและนำอักษรย่อ **Simple** มากำหนดเป็นอักษรนำของเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากร เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่จดจำง่ายและต่อเนื่องในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติ

S = Safe Surgery

I = Infection Control

M = Medication Safety

P = Patient care Process

L = Line Tube , Catheter

E = Emergency Response

**โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเลกำหนด PSG : HMSPA (Hand Med SPA) ดังนี้**

H = Hand hygiene

M = Medication error

S = Sepsis

P = Patient identification

A = Acute Coronary Syndrome (STEMI)

**I = Infection Control Hand hygiene**

1.จัดให้มี alcohol- based hand rubs ที่เข้าถึงได้ง่าย ณ.จุดที่ให้บริการผู้ป่วย ซึ่งผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้ได้โดยไม่ต้องออกจากบริเวณที่ทากิจกรรม

2.จัดให้มีน้ำสะอาดและสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการล้างมือ

3.ให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับวิธีการล้างมือที่ถูกต้อง

4.จัดการรณรงค์วันล้างมือโลกเพื่อให้ ประชาชนทบทวนการเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการล้างมือ

**P = Patients Identification**

1.สอบถาม ชื่อ – สกุลผู้ป่วย

2.ยืนยันตัวบุคคลด้วย ชื่อ – สกุลและอายุ ห้อยยาเพิ่มเติมถามโรค

3..ติดฉลาก ชื่อ – สกุล อายุ HNที่ภาชนะสิ่งส่งตรวจ และยืนยันโดยบุคคล 2 คน

**A = Acute Coronary Syndrome**

**เป้าหมาย** คือ ลดและป้องกันการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีจุดเน้นที่

1.การค้นพบและประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว ด้วยการวินิจฉัยอาการ , การตรวจ

คลื่นหัวใจ และการใช้ blockmical cardiac marker ที่เหมาะสม

2.การให้การรักษาอย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ

3.การตัดสินใจอย่างรวดเร็วในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังที่มีศักยภาพ

## 3P กับกระบวนการการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืน และต่อเนื่อง

P : Purpose คือ เป้าหมาย ซึ่งพูดง่าย ๆ นั้นคือสิ่งที่เราต้องการไปให้ถึง ไม่ว่าจะเป็เราต้องการให้งานของเราดีกว่า เราก็ต้องเป้าหมายว่าเราต้องการได้อย่างไร เช่น เราต้องการให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลได้ถึง Treatment Goal ไม่ว่าจะเป็เป็น ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย , การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่มีความถูกต้องรวดเร็ว น่าเชื่อถือ เป็นต้น แต่ในกรณีที่เกิดความเสี่ยงขึ้นหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น นั้นคือโอกาสที่เราจะพัฒนา ดังนั้นแล้วเป้าหมายก็ลดโอกาส หรือไม่ให้ความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เหล่านี้เกิดซ้ำ เช่น มีผู้ป่วยตกเตียง เป้าหมายก็คือผู้ป่วยไม่ตกเตียง , ผู้ป่วยเกิดการแพ้ยาซ้ำ ดังนั้นเป้าหมายก็คือผู้ป่วยไม่แพ้ยาซ้ำ

P : Process คือ แนวทาง เป็นการกำหนดแนวทาง วิธีปฏิบัติ หรือขั้นตอนการทำงานให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อให้กระบวนการที่คิดขึ้นนี้นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่ที่สำคัญก็คือ กระบวนการ หรือขั้นตอนเหล่านี้ต้องมีการถ่ายทอด ฝึกสอนให้ผู้ปฏิบัติได้รับทราบ เพื่อให้ขั้นตอนต่างๆเหล่านี้ได้มีการปฏิบัติในหน้างานหรืองานประจำ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่สุดในการบรรลุเป้าหมาย

P : Performance คือ ผลลัพธ์และการเรียนรู้ ปรับปรุง เป็นการที่เราเรียนรู้ในแนวทาง วิธีปฏิบัติ หรือขั้นตอนการทำงานที่เรากำหนดไว้หรือสร้างขึ้นมาเมื่อนำสู่การปฏิบัติแล้ว สามารถบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้หรือไม่ เช่น เราตั้งเป้าหมายไว้ว่า ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ถ้าได้ตามเป้าหมายคือลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยแล้ว เราจะทำอะไรให้ดียิ่งขึ้นได้หรือไม่ นั้นคือไปปรับเปลี่ยนกระบวนการการทำงานที่สร้างไว้ แต่ถ้าลูกเกิดไม่รอด แม่ไม่ปลอดภัย แสดงว่าเราไม่บรรลุเป้าหมาย เราก็ต้องเรียนรู้ และทบทวนเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการให้ดีขึ้น เพราะการที่เราไม่บรรลุเป้าหมายแสดงว่าขั้นตอน กระบวนการมีช่องโหว่ มีโอกาสในการพัฒนา ซึ่งเราต้องปรับปรุงเพื่อให้กระบวนการนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

สรุปหลักการสั้นๆ ในการใช้ 3P เราก็สามารถสรุปได้ดังนี้ครับ ( อ้างอิงจากภาพ 3P ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล )

1.ทำความเข้าใจว่า 3P คืออะไร นั้นคือการที่เรามองให้เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพต่างๆต้องประกอบด้วย

เป้าหมาย กระบวนการ ผลลัพธ์ที่นำไปสู่การเรียนรู้ ปรับปรุง กระบวนการ ไม่ว่าจะเป็เป็น

- # การพัฒนาตามพันธกิจ วิสัยทัศน์ แผนยุทธศาสตร์ระดับองค์กร
- # การพัฒนาตามแผนปฏิบัติการในระดับทีม กลุ่มงาน หรือหน่วยงาน
- # การพัฒนาขั้นตอน วิธีการปฏิบัติ ขั้นตอนในการทำงาน
- # การพัฒนาในเรื่องความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
- # การจัดทำประเมินประเมินตนเองต่างๆ
- # การทำ CQI , Clinical Tracer Highlight , นวัตกรรม เป็นต้น

2. ร่วมด้วยช่วยกันของหน่วยงาน บุคลากรที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดเป้าหมายจากสิ่งที่เราต้องการพัฒนาว่าคืออะไร และนำเป้าหมายนี้มากำหนดตัวชี้วัด ( KPI ) ที่เหมาะสม และสอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น ผู้ป่วยตกเตียง : เป้าหมายคือผู้ป่วยต้องไม่ตกเตียง : ตัวชี้วัดคือ อุบัติการณ์การเกิดผู้ป่วยตกเตียง เป็นต้น
3. ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงว่าเกิดขึ้น เช่น การที่ผู้ป่วยตกเตียงเกิดจากอะไร เช่นอาจเกิดจากการประเมินไม่ดี สภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ เครื่องมือคือเตียงมีสภาพไม่ดี หรือเกิดจากยาที่ได้รับไป เป็นต้น เหล่านี้อาจเป็นสาเหตุที่เกิดขึ้น ดังนั้นเมื่อเราวิเคราะห์ได้ว่าสาเหตุคืออะไร เราก็สามารถปรับปรุง เปลี่ยนแปลงหรือสร้างกระบวนการได้ตรงจุดที่เราจะปรับปรุง หรือสร้างอะไรขึ้นมา
4. หนึ่งความเสี่ยงสู่การวางระบบ คำๆนี้ยังคงมีความสำคัญ นั่นคือเวลาปรับปรุง แก้ไข หรือปรับกระบวนการเราต้องปรับทั้งระบบ เช่น โรงพยาบาลของเรามี 10 ward เกิดผู้ป่วยตกเตียงใน ward ไต ward หนึ่ง อีก 9 ward ที่เหลือก็ต้องปรับปรุงให้เหมือนกัน เพื่อให้คุณภาพ และความปลอดภัยเช่นเดียวกัน
5. เรียนรู้ และปรับปรุงกระบวนการอยู่เสมอ ถ้าผู้ป่วยไม่ตกเตียงเลย เราจะสามารถทำอะไรให้ดีกว่านี้ได้หรือไม่ หรือเกิดตกเตียงขึ้นมาอีก เราจะปรับปรุงแก้ไขกระบวนการอย่างไร ให้บรรลุเป้าหมายว่า " ผู้ป่วยไม่ตกเตียง " ในที่สุด

เหล่านี้คือแนวทางของ 3 P ในการพัฒนาคุณภาพ และความมั่งคั่งจรรยาของคำว่า " 3P : Purpose : Process : Performance



## PDCA เครื่องมือคุณภาพ

PDCA คือ วงจรการบริหารงานคุณภาพ ย่อมาจาก 4 คำ ได้แก่ Plan (วางแผน), Do (ปฏิบัติ), Check (ตรวจสอบ) และ Act (การดำเนินการให้เหมาะสม) ซึ่งวงจร PDCA สามารถประยุกต์ใช้ได้กับทุกๆ เรื่อง นับตั้งแต่กิจกรรมส่วนตัว เช่น การปรุงอาหาร การเดินทางไปทำงานในแต่ละวัน การตั้งเป้าหมายชีวิต และการดำเนินงานในระดับบริษัท ซึ่งรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

### 1. P = Plan ( ขั้นตอนการวางแผน )

ขั้นตอนการวางแผนครอบคลุมถึงการกำหนดกรอบหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ฯลฯ พร้อมกับพิจารณาว่ามีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลใดบ้างเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนั้น โดยระบุวิธีการเก็บข้อมูลและกำหนดทางเลือกในการปรับปรุงให้ชัดเจน ซึ่งการวางแผนจะช่วยให้กิจการสามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต และช่วยลดความสูญเสียต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งในด้านแรงงาน วัสดุดิบ ชั่วโมงการทำงาน เงิน และเวลา

### 2. D = Do ขั้นตอนการปฏิบัติ ( ขั้นตอนการปฏิบัติ )

ขั้นตอนการปฏิบัติ คือ การลงมือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตามทางเลือกที่ได้กำหนดไว้ในขั้นตอนการวางแผน ซึ่งในขั้นตอนนี้ต้องมีการตรวจสอบระหว่างการปฏิบัติด้วยว่าได้ดำเนินไปในทิศทางที่ตั้งใจหรือไม่ เพื่อทำการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เป็นไปตามแผนการที่ได้วางไว้

### 3. C = Check ( ขั้นตอนการตรวจสอบ )

ขั้นตอนการตรวจสอบ คือ การประเมินผลที่ได้รับจากการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ทราบว่า ในขั้นตอนการปฏิบัติงานสามารถบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ แต่สิ่งสำคัญก็คือ ต้องรู้ว่าจะตรวจสอบอะไรบ้างและบ่อยครั้งแค่ไหน เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบเป็นประโยชน์สำหรับขั้นตอนถัดไป

### 4. A = Action ขั้นตอนการดำเนินงานให้เหมาะสม ( ขั้นตอนการดำเนินงานให้เหมาะสม )

ขั้นตอนการดำเนินงานให้เหมาะสมจะพิจารณาผลที่ได้จากการตรวจสอบ ซึ่งมีอยู่ 2 กรณี คือ ผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามแผนที่วางไว้ หรือไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ หากเป็นกรณีแรก ก็ให้นำแนวทางหรือกระบวนการปฏิบัติ นั้นมาจัดทำให้เป็นมาตรฐาน พร้อมทั้งหาวิธีการที่จะปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นไปอีก ซึ่งอาจหมายถึงสามารถบรรลุเป้าหมายได้เร็วกว่าเดิม หรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเดิม หรือทำให้คุณภาพดียิ่งขึ้นก็ได้ แต่ถ้าหากเป็นกรณีที่สอง คือ ผลที่ได้ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนที่วางไว้ ควรนำข้อมูลที่รวบรวมไว้มาวิเคราะห์และพิจารณาว่าควรจะดำเนินการอย่างไร เช่น มองหาทางเลือกใหม่ที่น่าจะเป็นไปได้ ให้ความพยายามให้มากขึ้นกว่าเดิม ขอความช่วยเหลือจากผู้รู้ หรือเปลี่ยนเป้าหมายใหม่ เป็นต้น

## ประโยชน์ของ PDCA

1. การวางแผนงานก่อนการปฏิบัติงาน จะทำให้เกิดความพร้อมเมื่อได้ปฏิบัติงานจริงการวางแผนงานควรวางแผนให้ครบ 4 ขั้นดังนี้
  - 1.ขั้นการศึกษา คือ การวางแผนศึกษาข้อมูล วิธีการ ความต้องการของตลาด ข้อมูลด้านวัตถุดิบ ด้านทรัพยากรที่มีอยู่หรือเงินทุน
  2. ขั้นเตรียมงาน คือ การวางแผนการเตรียมงานด้านสถานที่ การออกแบบผลิตภัณฑ์ ความพร้อมของพนักงาน อุปกรณ์ เครื่องจักร วัตถุดิบ
  - 3.ขั้นดำเนินงาน คือ การวางแผนแนวทางการปฏิบัติงานของแต่ละส่วนแต่ละฝ่าย เช่น ฝ่ายผลิต ฝ่ายขาย
  - 4.ขั้นการประเมินผล คือ การวางแผนหรือเตรียมการประเมินผลงานอย่างเป็นระบบ เช่น ประเมินจากยอดการจำหน่าย ประเมินจากการติชมของลูกค้า เพื่อให้ผลที่ได้จากการประเมินเกิดการเที่ยงตรง
2. การปฏิบัติตามแผนงาน ทำให้ทราบขั้นตอน วิธีการ และสามารถเตรียมงานล่วงหน้าหรือทราบอุปสรรคล่วงหน้าด้วย ดังนั้น การปฏิบัติงานก็จะเกิดความราบรื่น และเรียนร้อย นำไปสู่เป้าหมายที่ได้กำหนดไว้
3. การตรวจสอบ ให้ได้ผลที่เที่ยงตรงเชื่อถือได้ ประกอบด้วย
  - 1.ตรวจสอบจากเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้
  - 2.มีเครื่องมือที่เชื่อถือได้
  - 3.มีเกณฑ์การตรวจสอบที่ชัดเจน
  - 4.มีกำหนดเวลาการตรวจที่แน่นอน
  - 5.บุคลากรที่ทำการตรวจสอบต้องได้รับการยอมรับจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เมื่อการตรวจสอบได้รับการยอมรับ การปฏิบัติงานขั้นต่อไปก็ดำเนินงานต่อไปได้
4. การปรับปรุงแก้ไข ข้อบกพร่องที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนใดก็ตาม เมื่อมีการปรับปรุงแก้ไขคุณภาพก็จะเกิดขึ้น ดังนั้น วงจร PDAC จึงเรียกว่า วงจรบริหารงานคุณภาพ

PDSA เป็นการขับเคลื่อน ให้เกิดการพัฒนาและการเรียนรู้

PDCA -> PDSA -> DALI

Plan วางแผน :Design การออกแบบ

มีการออกแบบหรือจัดระบบงานไว้อย่างเหมาะสมหรือไม่

Do ทำ : Action การลงมือทำตามแผน

มีการปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบไว้หรือไม่

Check ตรวจสอบ :Study ศึกษา :Learning เรียนรู้

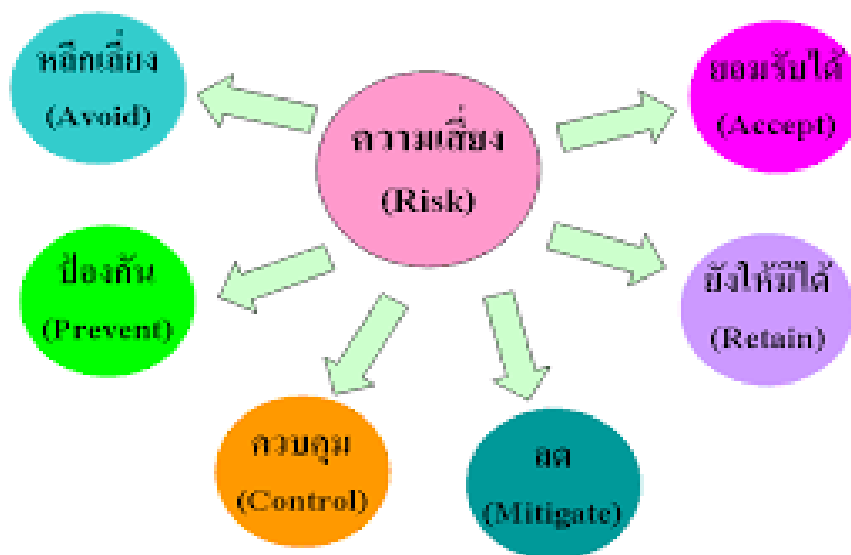
ทำได้ดีหรือไม่ ใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดอย่างไร

Act แก้ไขปรับปรุง :Improvement ปรับปรุง ดีขึ้น

มีการปรับปรุงระบบงานอย่างไร

ทำอะไรไปแล้ว จะทำอะไรต่อ

วางแผน ลงมือ ดูKPI ปรับปรุง







## บทนำ

ผมคิดว่า ณ เวลานี้พี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ ในแวดวงคุณภาพคงไม่มีท่านใดที่ไม่ได้ยินหรือรู้จักคำว่า 3P เพราะไม่ว่ากิจกรรมใด การพัฒนาสิ่งใด หรือทำสิ่งใดในการพัฒนาคุณภาพ หรือการให้บริการ ผู้ป่วย 3P จะได้รับการอ้างอิงว่า “ เมื่อทำอะไร ให้ยึด 3P ” แล้ว 3P นั้นคืออะไร มีอะไรบ้าง ทำไมจึงมีความสำคัญ ในความคิดของผม 3P เป็นคำที่มหัศจรรย์คำหนึ่ง ที่สามารถเป็นได้ทั้ง เครื่องมือ, กระบวนการ, แนวคิด, กรอบการพัฒนาคุณภาพ, แนวคิดการดำรงชีวิต, CQI อื่น ๆ ที่ได้มีการนำไปดัดแปลง และนำไปใช้ในโอกาสต่างๆ ตามบริบทต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่ง 3P นั้น ประกอบไปด้วย

**Purpose :** เป้าหมาย คือสิ่งที่ต้องการ , ทำไปเพื่ออะไร

**Process :** กระบวนการคือ เราทำอย่างไรเพื่อไปสู่เป้าหมาย

**Performance :** รับรู้ในผลที่ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ  
เรียนรู้ว่าทำได้ดีเพียงใด ถ้าให้ดีขึ้นเราจะปรับปรุงอย่างไร

เหล่านี้คือความหมาย และหน้าตาของ 3P ที่จะนำมาบอกเล่า เรียนรู้ร่วมกันในคำว่า 3P ผ่านบทความสั้นๆ คำคม แนวคิด การนำไปใช้ และเคล็ดลับ ที่พอทำให้ทราบว่า 3P ช่างสำคัญและมีมหัศจรรย์จริงๆครับ

73

## ชวนคิด 3P

“ เมื่อเรากำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนแล้ว  
การวางแผนนั้น ถ้าเข้าใจถูกต้อง ก็จะคิดถูกต้อง  
การลงมือทำนั้น ถ้าทุ่มเทถูกต้อง ก็จะกระทำถูกต้อง  
การเรียนรู้นั้น ถ้าควบคุมถูกต้อง ก็จะเรียนรู้ถูกต้อง  
การปรับปรุงนั้น เราก็จะพัฒนาได้อย่างถูกต้อง  
การพัฒนาก็จะประสบความสำเร็จ และมีความสุข ”

## 3P ในงานประจำ

งานประจำไม่ว่างานนั้นจะเป็นอะไร ไม่ว่าจะเป็นการดูแลสวน, การให้การรักษาพยาบาล, การเซ็นแปล, การเบิกจ่ายเงินของการเงิน, การทำความสะอาด, การบริหารโรงพยาบาล, การตรวจวิเคราะห์ทางห้อง Lab, การ X ray, การเยี่ยมบ้าน, การผ่าตัดผู้ป่วย ฯลฯ ล้วนแล้วแต่อยู่ในกรอบของ 3P ด้วยกันทั้งนั้น ดังตัวอย่าง

### การเซ็นแปล

**Purpose :** ส่งผู้ป่วยได้ถูกที่ และปลอดภัย

**Process :** เซ็นผู้ป่วยด้วยวิธี และด้วยรถที่ถูกต้อง

**Performance :** ส่งผู้ป่วยได้ปลอดภัย

สิ่งนี้เป็นตัวอย่างในหลายร้อย หลายพันกิจกรรมที่เกิดขึ้นในองค์กร ที่ได้พบเห็น เราคงไม่ต้องไประบุว่าทุก ๆ กิจกรรม หรือทุกการปฏิบัติงานต้องแยกแยะออกมาให้เห็นในรูป 3P หรือแค่เพียงจะยุ่งยากเกินไป ให้ทุกอย่างกำกับอยู่ในใจครับ และระลึกเสมอว่า ทุกการกระทำ ทุกการปฏิบัติล้วนมีเป้าหมายด้วยกันทั้งนั้น เราต้องรู้ว่าเป้าหมายคืออะไร และเมื่อเราลงมือทำ แล้วเราได้ประเมิน และเรียนรู้หรือไม่ว่า ที่ทำไปนั้นเข้าใกล้เป้าหมายเพียงใด และ จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร สิ่งนี้สำคัญที่สุดครับ

## 3P กับความเสี่ยง

**ความเสี่ยง (Risk)** คืออะไร ถ้าพูดง่ายๆคือ **สิ่งที่เราไม่ปรารถนาให้เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นตัวเรา ผู้รับบริการ องค์กร และชุมชนของเรา** และเมื่อเกิดขึ้นเราต้องหาสาเหตุของความเสี่ยง และมีการแก้ไข และกำหนดมาตรการในการป้องกันคือ การปรับปรุง กระบวนการ **(Process)** เดิม ให้เป็น กระบวนการแบบใหม่ โดยใช้หลัก **Human factor Engineering : HFE** (ปรับกระบวนการไม่ลงโทษตัวบุคคล) มาเป็นหลักคิดเพื่อมิให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ และยั่งยืนในการป้องกัน เมื่อเราได้ปฏิบัติงานหรือทำงานตามแนวทางใหม่ที่วางไว้เราต้องประเมินเพื่อดูว่าสิ่งที่ปฏิบัติไปนั้นดีขึ้น ป้องกันความเสี่ยงได้ หรือป้องกันไม่ได้และปรับปรุงกระบวนการ **(Performance)** เพื่อให้บรรลุ เป้าหมาย **(Purpose)** นั่นคือความปลอดภัยของผู้ป่วย ตัวเราปลอดภัย องค์กรปลอดภัย และชุมชนปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น

## 3P กับ CQI

**CQI (Continuous Quality Improvement)** คืออะไร ถ้าจะตอบกันง่าย ๆ คือ “ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ” นั่นคือปรับปรุง และพัฒนาในขั้นตอนการทำงาน วิธีการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น ต่อเนื่อง และตลอดเวลา เมื่อเรานำ 3 P มาเชื่อมโยงกับขั้นตอนในการทำ CQI เราจะเห็นความสัมพันธ์กันดังนี้

**P (purpose) :** คือการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น และข้อเท็จจริงต่าง ๆ แล้วนำมากำหนดเป็นเป้าหมาย กระบวนการการพัฒนา ตัวชี้วัดที่ใช้ในการพัฒนาให้กระบวนการการกดูแลผู้ป่วยดียิ่งขึ้น รวมทั้งกำหนดว่าใครทำอะไร ที่ไหน อย่างไร วัดผลอย่างไรในกระบวนการนั้น

**P (process) :** คือการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาที่เราวางไว้ เพื่อให้เกิดข้อมูลและนำมาสู่การเรียนรู้ ปรับปรุง

**P (performance) :** คือการเรียนรู้จากข้อมูลที่เกิดจากการปฏิบัติ โดยเทียบกับเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่เราวางไว้ว่าเป็นอย่างไร ถ้าดีขึ้นคือสามารถลดปัญหา หรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ ก็นำมาสู่การปฏิบัติ แต่ถ้าไม่สามารถลดปัญหาได้แสดงว่าเราต้องพัฒนาใหม่ กำหนดกระบวนการใหม่ และพัฒนาต่อไป

## 3P กับ การวิเคราะห์หน่วยงาน

**Service profile** เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินตนเองของหน่วยงาน และทีม PCT เพื่อให้ทราบว่าหน่วยงานได้พัฒนาคุณภาพบรรลุตามเป้าหมายที่เราวางไว้หรือไม่โดย

**Purpose :** คือเป้าหมาย หรือจุดมุ่งหมายที่หน่วยงานต้องการไปให้ถึง ซึ่งมาจากความต้องการของผู้รับบริการ และผู้รับผลงานต่อจากเรา นโยบายขององค์กร เช่น วิสัยทัศน์ พันธกิจ **Core**

**competency** ขององค์กร เข้มมุ่ง และข้อกำหนด (มาตรฐานทางวิชาชีพ) ของหน่วยงาน

**Process :** คือขั้นตอนการทำงานเพื่อบรรลุต่อเป้าหมายนั้น แต่ขั้นตอนการทำงานมีมากมายนัก จึงต้องเลือกในส่วนที่มีความสำคัญ (**Key Process**) หรือที่สามารถสร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงาน มาวิเคราะห์ และนำสู่การปรับปรุง

**Performance :** คือการรับรู้ และติดตามผลการพัฒนาตามตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่วางไว้ และทบทวนจากเหตุการณ์ ความเสี่ยงที่เกิดในระหว่างปฏิบัติงาน และนำมาสู่การปรับปรุง และพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

## 3P กับการดูแลผู้ป่วย/กลุ่มโรค

เครื่องมือสำคัญที่นำมาวิเคราะห์สถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหรือกลุ่มโรคที่โรงพยาบาลกำหนดไว้คือ **Clinical Tracer** ซึ่ง **Clinical Tracer** นั้นก็มี 3P เป็นนำทางดังนี้

**Purpose :** เป้าหมายที่กำหนดขึ้นมาคือปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ความรู้ทางวิชาชีพ/เทคโนโลยีของกลุ่มโรคนั้นที่ยังได้ไม่ดี เป็นต้น ตามบริบทที่เราเป็นอยู่ในปัจจุบัน

**Process :** กระบวนการการดูแลผู้ป่วยต่าง ๆที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่เราวางไว้ แต่สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งคือ ควรมีตามรอย (**Tracer**) กระบวนการปฏิบัติ เพื่อให้ทราบว่าด้วยกระบวนการนี้สามารถไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ได้

**Performance :** เป็นการรับรู้ และเรียนผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ สิ่งสำคัญคือการนำไปสู่การปรับปรุง และพัฒนาเพื่อให้กระบวนการการดูแลมีมาตรฐาน และปลอดภัยมากขึ้น





## 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 หน้าที่ รับผิดชอบ กิจกรรม (รวมทั้งลำดับขั้นและเวลา)
  - แผนบริหารความเสี่ยงอาจจัดทำเฉพาะสำหรับบริการ กระบวนการ โครงการ สำหรับทั้งองค์กร หรือบางส่วนขององค์กร

Source : ISO 31000 Risk Management Principles and Guidelines



## มีอะไรใหม่ในมาตรฐานระบบบริหารความเสี่ยง

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

