

วิธีการค้นหาความเสี่ยง

เรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น

- บันทึกประจำวัน
- รายงาน
- เวชระเบียน
- กิจกรรมทบทวนคุณภาพต่างๆ Patient Safety Guide : SIMPLE
- คำร้องเรียนของผู้รับบริการ สัมภาษณ์

เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น

- ค้นหาในวารสารหรือ internet
- จากหน้าหนังสือพิมพ์
- การแลกเปลี่ยนกับเพื่อนร่วมวิชาชีพที่อยู่โรงพยาบาลอื่นๆ

วิเคราะห์ช่องโหว่ในการทำงานของเรา

- สำรวจสิ่งแวดล้อมสังเกตการณ์เคลื่อนไหวและปฏิสัมพันธ์
- วิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน (หรือประยุกต์ใช้ FMEA)

เผื่อระวังไปข้างหน้า

- รายงานอุบัติการณ์

การจัดระดับความสำคัญของเหตุการณ์ หลักการ คือ การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมากและมีโอกาสเกิดบ่อยและจัดระดับลดหลั่นลงมา

Risk matrix ที่ง่ายที่สุด คือ การแบ่งความรุนแรงและโอกาสเกิดเป็น ๒ ระดับ

โอกาสเกิด	ความรุนแรง	ความรุนแรง
	น้อย (๑)	มาก (๒)
บ่อย (๒)	เกิดบ่อย รุนแรงน้อย (๒x๑=๒)	เกิดบ่อย รุนแรงมาก (๒x๒=๔)
ไม่บ่อย (๑)	เกิดไม่บ่อย รุนแรงน้อย (๑x๑=๑)	เกิดไม่บ่อย รุนแรงมาก (๑x๒=๒)

การจัดระดับความสำคัญของเหตุการณ์

- อังกฤษ แบ่งเป็น ๔ ระดับ

เขียว = Very Low Risk

เหลือง = Low Risk

ส้ม = Moderate Risk

แดง = High Risk

- อเมริกา แบ่งเป็น ๓ ระดับ

๑ = Lowest Risk

๒ = Intermediate Risk

๓ = Highest Risk

Risk Register & Risk Rating Matrix

๑. การค้นหาความเสี่ยงที่ครอบคลุม ควรดำเนินงานแบบกระจายความรับผิดชอบให้หน่วยงานและระบบต่างๆ
๒. การติดตามการตอบสนองต่อความเสี่ยงที่มีความสำคัญสูงควรใช้วิธีการรวมศูนย์
๓. การจัดกลุ่มของความเสี่ยง ควรคำนึงถึงโอกาสหรือความถี่ที่จะเกิดขึ้นและผลกระทบที่ตามมาเมื่อเกิดเหตุการณ์การจัดกลุ่มนี้จะมีผลสำคัญว่าการตอบสนองต่ออุบัติการณ์นั้นควรเกิดขึ้นในระดับใด
๔. การลงทะเบียนหรือขึ้นบัญชีความเสี่ยงที่ค้นหาได้จะทำให้มีการติดตามการตอบสนองต่อความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ

ตัวอย่าง ของโรงพยาบาลกลาง

โอกาสที่จะเกิด	คำจำกัดความ
น้อยมาก (Rare)	- อาจเกิดในบางภาวะการณ์ (ทุก ๕ - ๓๐ ปี)
น้อย (Unlikely)	- อาจเกิดในบางเวลา (ใน ๒ - ๕ ปี)
ปานกลาง (Possible)	- อาจเกิดในบางเวลา (ทุก ๑ - ๒ ปี)
สูง (Likely)	- อาจเกิดอีกในสถานการณ์ส่วนมาก (๒ - ๕ ครั้งต่อปี)
สูงมาก (Frequent)	- คาดหมายว่าจะเกิดอีก ไม่ในทันทีทันใด ก็ภายในระยะเวลาอันสั้น (ในสัปดาห์หรือเดือน)

ขั้นที่ ๓ SAG		ผลกระทบ				
		น้อยมาก	น้อย	ปานกลาง	สูง	สูงมาก
ความถี่ในการเกิด	ทุก ๕ - ๓๐ ปี	๑	๑	๒	๒	๓
	ทุก ๒ - ๕ ปี	๑	๑	๒	๓	๔
	ทุก ๑ - ๒ ปี	๑	๒	๓	๓	๔
	เกิด ๒ - ๕ ครั้งต่อปี	๑	๒	๓		๔
	ทุกสัปดาห์ ทุกเดือน	๒	๒	๓		๔

๓. การป้องกันและควบคุมความเสี่ยง

๑. จัดการประชุมทันที (RCA อย่างง่าย)

- วางแผนการรักษา
- หาเป้าหมายร่วมกัน
- สรุปสิ่งที่ต้องแจ้งให้ผู้ป่วย และญาติทราบ ให้ทีมที่รักษาร่วมรับรู้ตรงกัน
- มอบหมายงาน (Contract person) กับผู้ป่วยและญาติ

๒. ประเมิน

- การรับรู้ ความเข้าใจ ต่อเหตุการณ์
- ความสงบ การรับฟังเหตุผล
- รับรู้ว่าเราให้การดูแลรักษาอย่างดีที่สุดแล้ว แม้จะเกิดการฟ้องร้องภายหลัง

Occurrence PAE / SE RCA Identification

๑. ได้รับข้อมูลรอบด้าน

- ปัญหาเกิดขึ้นอย่างไร
- ทำไมปัญหาจึงเกิดขึ้น
- หาสาเหตุแนวทางแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาอีก

๒. รู้สาเหตุของปัญหา

๒.๑ ปัญหาเป็นสิ่งที่ป้องกันไม่ได้ (Un- Prevent)

- การวินิจฉัยแยกโรค
- การบันทึก
- การอธิบาย ทำความเข้าใจกับผู้เสียหาย

๒.๒ ปัญหาที่ป้องกันได้ (Prevent)

- สาเหตุเฉพาะ แก่ไขทันที, ป้องกันการเกิดซ้ำ
- สาเหตุเข้าระบบ / องค์กร / CLT / รพ.

๓. เห็นสิ่งที่ต้องปรับปรุงอย่างเป็นระบบ

- ป้องกันการเกิดซ้ำ
- ปรับปรุงกระบวนการ การดูแลรักษา
- ปรับปรุง ระบบการทำงาน

การบริหารความเสี่ยง

๑. ตอบสนองปัญหา / เหตุการณ์เฉพาะรายเหมาะสม

๒. มีระบบรายงานอุบัติการณ์, มีการทำ RCA และวางระบบป้องกันที่รัดกุม, มีกิจกรรมสร้างความตื่นตัวในงานประจำ

- มีวิธีการส่งเสริมให้มีการรายงานอุบัติการณ์อย่างทันทั่วทั้งที่และครอบคลุมอุบัติการณ์สำคัญให้มากที่สุด
อย่างไร มีการวางระบบและแรงจูงใจอย่างไร

- ทีมงานได้เรียนรู้คุณค่าของการทำ RCA อย่างไร ขอให้ยกตัวอย่าง RCA ที่ทีมคิดว่าทำให้เข้าใจ
ความหมายของ root cause ได้ดีที่สุดมา ๒-๓ ตัวอย่าง มีการนำไปใช้วางระบบป้องกันอย่างไร มีการขยายผล
ความเข้าใจการกรณดังกล่าวอย่างไร

- มีกิจกรรมสร้างความตื่นตัวในเรื่องความเสี่ยงในงานปกติประจำอย่างไร
(เช่น safety brief, patient safety walk around)

- มีการนำกิจกรรมทบทวนคุณภาพที่เริ่มต้นไว้ในบันไดขั้นที่ ๑ สู่ HA มาปฏิบัติในงานปกติ ประจำอย่างไร
เช่น การทบทวนข้างเตียง การทบทวนเวชระเบียนขณะผู้ป่วยนอนรักษาตัวการทบทวนการส่งต่อ ฯลฯ

๓. วิเคราะห์ความเสี่ยงรอบด้าน (ทั้งที่เคยเกิดและที่มีโอกาสเกิด), ระบบงาน ได้รับการออกแบบอย่าง
รัดกุมและนำไปปฏิบัติ

- มีการรวบรวมสถิติเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นในองค์กรมาจัดลำดับ
ความสำคัญ และออกแบบระบบงานเพื่อป้องกันความเสี่ยงได้ครอบคลุมเพียงพอ, การออกแบบระบบมี
ความรัดกุมเพียงพอ, มีการพิจารณาแนวคิดเรื่องการออกแบบเพื่อแก้ปัญหาข้อจำกัดของ human factor อย่างไร,
มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อเรียนรู้เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ทางคลินิกได้ครอบคลุมเพียงพอ

- มีการวิเคราะห์โอกาสเกิดความเสี่ยงในขั้นตอนและจุดต่างๆ ของการให้บริการอย่างไร, มีการออกแบบระบบงานเพื่อป้องกันความเสี่ยง สอดคล้องกับโอกาสและความรุนแรงที่จะเกิดความเสี่ยงอย่างไร

- สร้างความมั่นใจอย่างไรว่าระบบที่ออกแบบไว้ได้รับการนำไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม, มีการติดตามการปฏิบัติในเรื่องที่สำคัญอะไรบ้าง ผลลัพธ์เป็นอย่างไร

๔. บรูณาการระบบงานและระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง, มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง

- มีการเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์และความเสี่ยงต่างๆ อย่างไร, มีการวิเคราะห์ข้อมูลรายงานผลอย่างไร

- มีการนำข้อมูลจากระบบบริการความเสี่ยงไปใช้ประโยชน์ในระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างไร เช่น การพัฒนาบุคลากร การออกแบบระบบงานต่างๆ ในภาพรวม

- มีการประเมินประสิทธิภาพระบบบริการความเสี่ยงอย่างไร นำไปสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง

๕. วัฒนธรรมความปลอดภัยเด่นชัด

- มีข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่ามีวัฒนธรรมความปลอดภัย ทั้งในด้านเจตคติ ความเชื่อ พฤติกรรม กระบวนการและผลลัพธ์ (ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ)

๔.ระบบรายงานอุบัติการณ์

การรายงานอุบัติการณ์เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้น แต่เป็นเพียงส่วนหนึ่งที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยง เนื่องจากต้องใช้วิธีการอื่นๆ ร่วมด้วย อุบัติการณ์ต่างๆ มีหลายระดับ ความรุนแรงและมีผลกระทบแตกต่างกัน จึงต้องมีความชัดเจนว่า อุบัติการณ์ลักษณะใด ความรุนแรงระดับไหนถึงต้องรายงาน และเหตุเกือบพลาด (near miss) ก็เป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องรายงานเช่นกัน เพื่อป้องกันการสูญเสีย ดังนั้น การรายงานที่สะดวกและง่ายจึงเป็นสิ่งที่จูงใจให้บุคลากรเกิดความร่วมมือ เมื่อได้รับรายงานต่าง ๆ มานั้นการที่นำมาวิเคราะห์เชิงคุณภาพอาจจะช่วยให้มองเห็นแนวทางการแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น

รูปแบบการรายงานง่าย ๆ นั้นสามารถเริ่มจากในหน่วยงาน เช่น การพูดคุยกันในขณะรับส่งเวร ว่ามีเหตุการณ์ได้เกิดขึ้นบ้าง ได้แก่ อุบัติการณ์ทั่วไป อุบัติการณ์ที่ต้องรายงานให้หัวหน้าหน่วยงานรับทราบทันที หรือต้องรายงานผู้บริหารที่สูงกว่าหัวหน้าทันที การเขียนเป็นรายงาน หลังจากนั้นรวบรวมเป็นทะเบียนความเสี่ยง (Risk register) ของหน่วยงานนั้นๆ

เมื่อรวบรวมรายงานอุบัติการณ์ได้นั้น คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงต้องร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีม PCT ทีมนำต่างๆ เพื่อร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง และร่วมออกแบบรูปแบบการรายงานให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแล้วจึงแตกย่อยไป ให้เหมาะสมกับแต่ละหน่วยงาน ไปในทางเดียวกันเพื่อให้แต่ละหน่วยงานสามารถนำไปใช้ได้อย่างสะดวก และ Feed back กลับไปยังหน่วยงานที่รายงานเพื่อให้ทราบว่าได้เกิดการปรับปรุงต่างๆ ที่เกิดจากการรายงาน และให้เกิดความตระหนักในการป้องกันการเกิด หรือการรายงานอุบัติการณ์

๕.การวิเคราะห์สาเหตุและการแก้ปัญหา

เมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงขึ้นไม่ว่าจะเป็น sentinel events หรือ potential adverse events จะต้องนำอุบัติการณ์นั้นๆ มาทำ Root Cause Analysis ซึ่งหมายถึงการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง เพื่อขจัดสาเหตุหรือรากของปัญหาให้หมดไป ซึ่ง concept RCA คือ