

โครงการทบทวน Service & Risk Profile ประจำปีงบประมาณ 2564



ศูนย์การแพทย์
ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



บันไดสามขั้นสู่ HA



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



ขั้นที่ 3 วัฒนธรรมคุณภาพ

เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA
พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้
ผลลัพธ์คุณภาพที่ดีขึ้น
ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

ขั้นที่ 2 ประกันและพัฒนาคุณภาพ

เริ่มด้วยการวิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการ
ประกันและพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงาน
ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด
ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป

ขั้นที่ 1 สำรวจและป้องกันความเสี่ยง

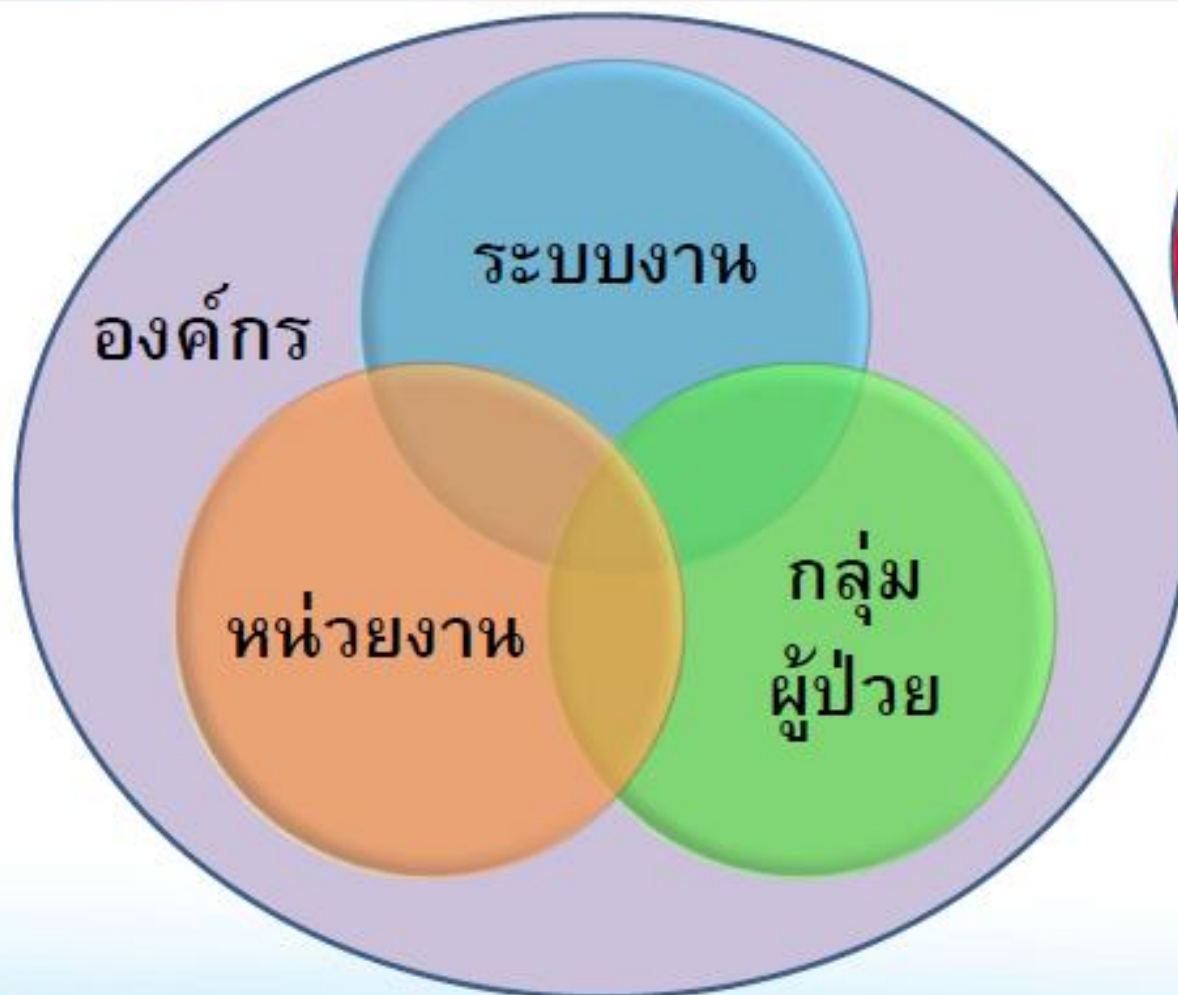
นำปัญหามา ทบทวน เพื่อ แก้ไขป้องกัน
ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหา
ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง

พัฒนาทั้งองค์กร: พื้นที่การพัฒนา 4 วง



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

พื้นที่การพัฒนา 4 วง คือการนำแนวคิด Total ที่หมายถึงทุกคน ทุกระบบ และผู้ป่วยทุกกลุ่ม มาสู่การปฏิบัติ อาจจะมีการทับซ้อนกันบ้างก็ให้พิจารณามุ่งเน้นตามความเหมาะสม



ส่องกระจก
ให้เห็น
ทุกพื้นที่

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

I-2

กลยุทธ์

I-5

กำลังคน

I-1

การนำ

I-3

ผู้ป่วย/
ผู้รับผลงาน

I-6

การ
ปฏิบัติการ

IV

ผลลัพธ์

ตอนที่ IV ผลลัพธ์

IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ

IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย
และผู้รับผลงาน

IV-3 ผลด้านกำลังคน

IV-4 ผลด้านการนำ

IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของ
กระบวนการทำงานสำคัญ

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 การตรวจสอบประกอบการณ์วินิจฉัยโรค

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

II-9 การทำงานกับชุมชน

กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

III-2 การประเมินผู้ป่วย

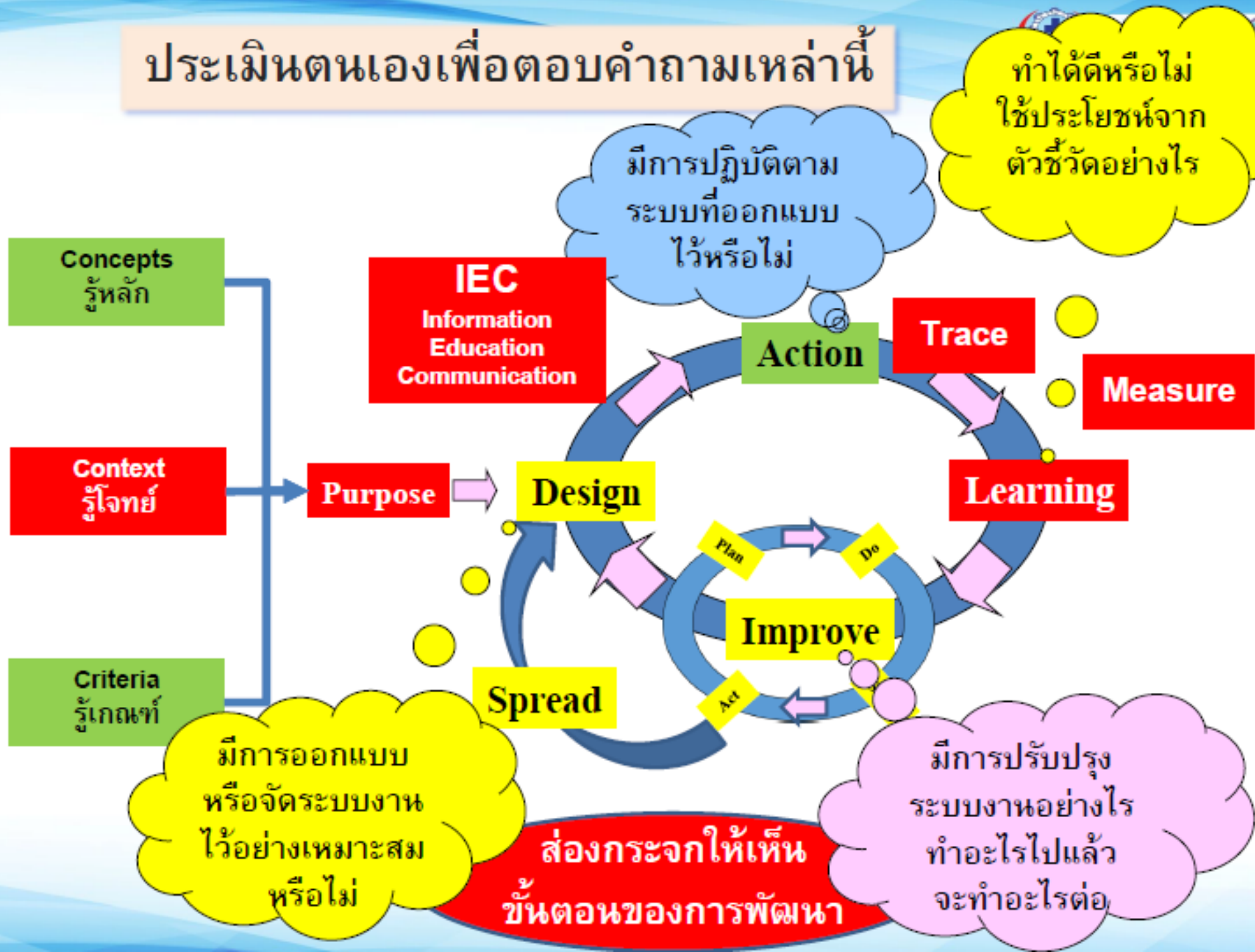
III-3 การวางแผน

III-4 การดูแลผู้ป่วย

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

ประเมินตนเองเพื่อตอบคำถามเหล่านี้



3C- PDSA/DALI กับการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ



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

3P

Concepts
วิสัยทัศน์

Context
บริบท

Criteria
เกณฑ์

Purpose

Design

Process

Action

Learning

Improve

ขยายผล

Performance

Plan

Do

Study

Act

PDSA / DALI กับ 3P



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

PDSA		3P	DALI
Plan	Purpose	Purpose	
	Process design	Process	Design
Do	Process Deployment		Action
Study	Performance measurement	Performance	Learning
Act	Performance improvement		Improvement

มิติคุณภาพ (Quality Dimension)



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

ส่องกระจกให้
เห็นหลายมิติ

ใช้กำหนด
เป้าหมาย

Purpose

ใช้ตรวจสอบ
กระบวนการ

Process

ใช้กำหนด
ตัวชี้วัด

Performance

8 Quality Dimension

- Accessibility
- Appropriateness
- Continuity
- Effectiveness
- Efficiency
- People-centered
- Population focus & Health promotion
- Safety

Framework for Quality: Six Key Areas of IOM Report

Six key areas of quality of healthcare are needed to be monitored. Healthcare should be:

(Acronym: **STEEP**)

- Safe
- Timely
- Effective
- Efficient
- Equitable
- Patient-centered



คำถามเพื่อการวัด Performance ตามมิติคุณภาพต่าง ๆ



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

มิติคุณภาพ	นำมาพิจารณาในการวัด performance	ตัวอย่างตัวชี้วัด
Accessibility	ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงหรือไม่ได้รับบริการหรือไม่, การเข้าถึงบริการเป็นอย่างไร	- อัตราการคัดกรองกลุ่มโรคสำคัญ - อัตราการเข้าถึงบริการกลุ่มโรคสำคัญ
Appropriateness	อะไรคือโอกาสที่จะเกิดการได้รับบริการที่ไม่เหมาะสม ทั้งด้านได้รับมากเกินไป หรือได้รับน้อยเกินไป จะเปรียบเทียบกับอะไร(เช่น evidence หรือ CPG) จะใช้ข้อมูลอะไรบอก	- อัตราการปฏิบัติตาม CPG ที่สำคัญ
Continuity	อะไรคือการดูแลต่อเนื่องที่จำเป็น ทั้งในสถานพยาบาล ระหว่างสถานพยาบาลด้วยกัน และระหว่างสถานพยาบาลกับบ้านและชุมชน จะวัดความสมบูรณ์และความเหมาะสมของการได้รับการดูแลดังกล่าวได้อย่างไร	- ความเหมาะสมในการส่งต่อทั้งในสถานพยาบาลและระหว่างสถานพยาบาล - อัตราการเยี่ยมบ้าน

คำถามเพื่อการวัด Performance ตามมิติคุณภาพต่าง ๆ



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

มิติคุณภาพ	นำมาพิจารณาในการวัด performance	ตัวอย่างตัวชี้วัด
Effectiveness (ประสิทธิผล, สัมฤทธิ์ผล)	สำหรับการดูแลผู้ป่วย อะไรคือผลลัพธ์ที่คาดหวังทั้งในมุมมองของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ทั้งในด้านกายภาพ (physical) และ การทำหน้าที่ (function) จะวัดผลอย่างไร , สำหรับระบบงาน จะวัดการบรรลุเป้าหมายของระบบได้อย่างไร	-อัตราการบรรลุเป้าหมายของการรักษาของกลุ่มโรคสำคัญ -อัตราการบรรลุเป้าหมายของระบบงานที่สำคัญ
Efficiency (ประสิทธิภาพ)	อะไรคือทรัพยากรหลักที่ต้องใช้ (คน สถานที่ เวลา การตรวจ ยา เทคโนโลยี) ส่วนใดบ้างที่มีโอกาสสูญเปล่ามากขึ้น หรือ มีโอกาสประหยัดมากขึ้น จะวัดการเปลี่ยนแปลงหรือเปรียบเทียบระดับการใช้ทรัพยากรดังกล่าวกับปริมาณผู้ป่วยที่ได้รับบริการได้อย่างไร	Unit cost LOS Turn around time waste

คำถามเพื่อการวัด Performance ตามมิติคุณภาพต่าง ๆ



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

มิติคุณภาพ	นำมาพิจารณาในการวัด performance	ตัวอย่างตัวชี้วัด
People centered	จะประเมินความพึงพอใจและการตอบสนองความต้องการใหม่มุมมองของผู้ป่วยได้อย่างไร จะประเมินมุมมองของการดูแลด้านจิตวิญญาณ/การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์/การเสริมพลัง/การสร้างเสริมสุขภาพอย่างไร	-ความพึงพอใจ -ความผูกพัน (บอกต่อใช้ซ้ำ) -Patient experience
Safety	อะไรคือโอกาสเกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย จะประเมินระดับความไม่ปลอดภัยอย่างไร ทั้งในด้านวิธีการปฏิบัติ ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น	-อัตราการเสียชีวิต -อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน
Timeliness	ช่วงเวลาใดคือช่วงเวลาที่มีความสำคัญในการให้บริการ มีเวลาที่ต้องบรรลุตามที่กำหนดไว้หรือไม่ ระยะเวลาที่ต้องรอคอยในขั้นตอนที่สำคัญดังกล่าวเป็นอย่างไร	-Door to treatment time -onset to treatment time

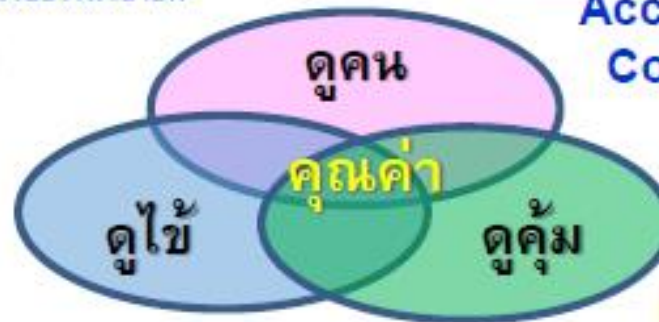
Value-based Healthcare



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

ส่งผลกระทบ
ให้ถึงคุณค่า

Social Objectives
People-centeredness
Accessibility
Continuity



Economic Objectives
Efficiency

Clinical Objectives
Appropriateness
Effectiveness
Safety

ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า

Needs & Experience
of Patients



Evidence &
Professional
Standard

ใช้หลักฐานวิชาการ
และจริยธรรมวิชาชีพ

Safety

มีระบบและวัฒนธรรมความปลอดภัย

เปลี่ยนความสูญเปล่า
เป็นคุณค่า

Waste

Needs & Experience
of Patients

Waste

Safety

มีระบบและวัฒนธรรมความปลอดภัย

คุณค่า = ประโยชน์ต่อผู้อื่น x คุณภาพ x ประสิทธิภาพ

Scoring Guideline

Score	Process	Result
1	เริ่มต้นปฏิบัติ Design & early implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน Partial implementation	มีการวัดผลในตัววัดที่สำคัญ ตรง ประเด็น อย่างครบถ้วน Valid measures
3	มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล Effective implementation	มีการใช้ประโยชน์จากตัววัด Get use of measures
4	มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง Continuous improvement	มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average)
5	มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี Role model, good practices	มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)

จุดเน้น | ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ปี 2564

1. 2P Safety Goals : SIMPLE

****ขอให้เน้นประเด็นตัวอักษรสีแดง****
Patient Safety ผู้ป่วยปลอดภัย

S : Safe Surgery = Safe Surgery and Invasive Procedure
(Surgical Safety Checklist), SSI Prevention, Enhanced Recovery
After Surgery, VTE Prevention) Safe Anesthesia, Safe

Operating Room (Safe Environment, Safe Surgical Instrument and
Device, Safe Surgical Care Process)

I : Infection Prevention and Control = Hand Hygiene,
Prevention of Healthcare Associated Infection (CAUTI, VAP, CLABSI)
Isolate Precaution, MDRO

M : Medication & Blood Safety = Safe from ADE
(HAD, ADR, Fatal Drug Interaction), Safe from medication error
(LASA, Using Medication), Medication Reconciliation, Rational Drug
Use (RDU), Blood Transfusion Safety

P : Patient Care Processes = Patients Identification,
Communication (ISBAR, handovers, critical test results, verbal order,
abbreviation), *Reduction of Diagnostic Errors*, Preventing common
complications (Pressure Ulcers, Falls), Pain Management (General,
Acute Pain, Prescribing Opioids, *Cancer Pain and Palliative Care*),
Refer and Transfer Safety

L : Line, Tube and Catheter & Laboratory =
Catheter, *Tubing Mis-connections* and Infusion Pump, Right and
Accurate Laboratory Results

E : Emergency Response = Response to the Deteriorating
Patient, Medical Emergency (Sepsis, Acute Coronary Syndrome,
Acute Ischemic Stroke, CPR), Maternal & Neonatal Morbidity
(PPH, Birth Asphyxia), *ER Safety (Triage, Diagnosis and Initial*
Management of High risk Presentation, Teamwork and
Communication, Patient Flow, Hospital Preparedness for Emergencies)

Personnel Safety บุคลากรปลอดภัย

S : Security and Privacy of Information and
Social Media = Security and Privacy of Information,
Social Media and Communication Professionalism

I : Infection and Exposure = Fundamental of Infection
Control and Prevent for Workforce, *Specific Infection Control and*
Prevent for Workforce (Airborne, Droplet, Contact)

M : Mental Health and Mediation = Mental Health
(Mindfulness at Work, *Second Victim*, Burnout and Mental Health
Disorder), *Mediation*

P : Process of Work = Fundamental Guideline for Prevention
of Work-Related Disorder, *Specific Guideline for Prevention of Work-*
Related Disorder (Physical, Chemical, Radiation, Biomechanical Hazard),
Fitness for Work or Duty Health Assessment (Pre-placement and Return
to Work Health Examination, Medical Surveillance Program)

L : Lane (Ambulance) and Legal Issues = Ambulance
and Referral Safety (In-Transit Ambulance Safety, On-Site Safety,
Ambulance Driving Safety), *Legal Issues (Informed Consent, Medical*
Record and Documentation)

E : Environment and Working Conditions =
Safe Physical Environment, Working Condition, Workplace Violence

2. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มศูนย์
ความเป็นเลิศ/ศูนย์ความเชี่ยวชาญและ
กลุ่มโรคที่สำคัญ ครอบคลุม Pre-Hospital
และ Post-Hospital

มุ่งสู่การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ/ศูนย์ความเชี่ยวชาญ และ
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้วย Clinical Tracer

PCT	ศูนย์ความเป็นเลิศ/ศูนย์ความเชี่ยวชาญ	กลุ่มโรคสำคัญ
อายุรกรรม	Medical Oncology	Ischemic stroke, Sepsis, Heart failure, TB, HIV, ACS, Asthma, ESRD
ศัลยกรรม	Multiple trauma, Surgical Oncology, MIS	Vascular surgery, Hepatobiliary surgery
กุมารเวชกรรม	-	Birth asphyxia, Severe pneumonia, Asthma, Preterm, GDD
สูติ-นรีเวชกรรม	Gynecologic oncology, MIS	Preterm, PIH, PPH
ทันตกรรมช่องปากและขากรรไกร	TKA, MIS (RC Repair, ACLR)	Hip Arthroplasty
จักษุวิทยา	Corneal transplant, Diabetic retinopathy	Glaucoma, Cataract, LASIK
โรคไต	OSA	UAO
จิตเวช	-	Depression, Schizophrenia, ADHD
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	Multiple trauma	Stroke, STEMI, Sepsis
เวชศาสตร์ครอบครัว	-	ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและโรคในสถานสงเคราะห์

3. เพิ่มรายรับ – ลดรายจ่าย

4. การติดตามและพัฒนาระบบงาน รวมถึงพัฒนาตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง

จุดเน้น ปี 2564

1. 2P Safety Goals : SIMPLE

2. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มศูนย์ความเป็นเลิศ/ ศูนย์ความเชี่ยวชาญและกลุ่มโรคที่สำคัญ ครอบคลุม Pre-Hospital และ Post-Hospital

3. เพิ่มรายรับ – ลดรายจ่าย

4. การติดตามและพัฒนาระบบงาน รวมถึงพัฒนา ตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง

ทำไมต้อง Service Profile

- เป็นเครื่องมือวิเคราะห์ระบบงานของหน่วยงาน เพื่อหาโอกาสพัฒนา ใช้ติดตามกำกับการพัฒนา และบันทึกความก้าวหน้าของการพัฒนา
- เป็นโอกาสให้ทำความเข้าใจบริบทของตนเอง
- เป็นเครื่องมือสำหรับสื่อสารภายในหน่วยงาน



Service Profile

กรอบที่ใช้กำกับการพัฒนาคุณภาพ
ของแต่ละหน่วยในองค์กร

บริบท

ความต้องการ
ของผู้รับผลงาน

ข้อกำหนด
ทางวิชาชีพ

จุดเน้น
ขององค์กร

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

Purpose

พันธกิจ/เจตจำนง
(หน้าที่ & เป้าหมาย)

กระบวนการหลัก

โรค/หัตถการสำคัญ

(เฉพาะบริการดูแลผู้ป่วย)

ตัวชี้วัด

วัตถุประสงค์

Process

ประเด็นสำคัญ
ความเสี่ยงสำคัญ
ความต้องการ
ความคาดหวัง

ประเด็นย่อยในแต่ละ
กระบวนการ/โรค

หลักคิดสำคัญ

(Core Values & Concepts)

ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้ดูกัน ชยันตบทวน
เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด

ทบทวน
ประเมิน
เรียนรู้

Study

Performance

Do

Plan

ออกแบบระบบ

Act

ปรับปรุง



Service Profile

- เขียนให้กระชับ ตามกรอบที่ให้มา
- มีความเชื่อมโยงในการเขียน เปรียบเสมือน Tracer ของหน่วยงาน/ ทีม
- เน้นการพัฒนาคุณภาพที่ดีและเกิดผลลัพธ์เป็นรูปธรรม
- CQI Story เขียนแบบ 3 P , 3C PDSA เชื่อมโยงกับประเด็นคุณภาพความท้าทายขององค์กร เชื่อมโยงกับกลยุทธ์หลักของโรงพยาบาล
- เน้นผลลัพธ์จากการทบทวน 12 กิจกรรม
- เขียนสะท้อนให้เห็นกระบวนการสำคัญ (Key Processes) วิเคราะห์กระบวนการหลักโดยเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง, ความเสี่ยงจากกระบวนการหลัก, ต่อยอดงานประจำ CQI นวัตกรรม

สรุปประเด็นสำคัญในรอบปีที่ผ่านมา



- การกำหนดตัวชี้วัดไม่ตรงประเด็น **ไม่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงาน**
- ตัวชี้วัดไม่ครอบคลุมทั้งเชิงผลลัพธ์และเชิงปริมาณ
- ไม่มีการติดตามผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนดอย่างเป็นระบบ
- ไม่มีการปรับปรุง พัฒนาต่อยอด (QA/CQI)
- การทบทวนไม่ครอบคลุมความเสี่ยงสำคัญ
- Service Profile ไม่ Update
- บุคลากรบางคน ไม่รู้จัก Service Profile
- ไม่ได้เขียนตามแบบฟอร์มที่ตกลงไว้

แบบรายงานการประเมินตนเอง (Service Profile)

1. บริบท (Context)

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

3. แผนพัฒนาคุณภาพของหน่วย ประจำปี

4. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

5. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

6. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

7. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. บริบท¹ (Context)

ก. ความมุ่งหมาย (Purpose)

(บรรยาย : หน่วยงานนี้ทำอะไร และทำเพื่ออะไร)

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

(บรรยาย : ควรครอบคลุมลักษณะงาน ขอบเขตเวลาการให้บริการ และพื้นที่ให้บริการ)

ค. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญทั้งภายนอก/ภายใน (ควรสอบถามจากผู้รับผลงานจริง)

ผู้รับผลงานภายนอก	ความต้องการที่ตอบสนองได้ดี	ความต้องการที่ยังตอบสนองได้ไม่ดี

ผู้รับผลงานภายใน	ความต้องการที่ตอบสนองได้ดี	ความต้องการที่ยังตอบสนองได้ไม่ดี

ง. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน (หากเป็นหน่วยทางคลินิกควรระบุกลุ่มโรค/กลุ่มผู้ป่วยสำคัญ)

รายการ/ปีงบประมาณ	3 ปีที่แล้ว	2 ปีที่แล้ว	1 ปีที่แล้ว	ปีปัจจุบัน

ต้องมีข้อมูลอะไรบ้าง

- สถิติผู้รับบริการต่าง ๆ
- ปริมาณงานที่ทำ
- จำนวนผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการ แนวโน้ม

Key Clinical Population (สำหรับหน่วย/งานทางคลินิก)

จำนวนกลุ่มโรคสูงสุด 5 ลำดับแรก

ลำดับ	3 ปีที่แล้ว	2 ปีที่แล้ว	1 ปีที่แล้ว	ปีปัจจุบัน
1				
2				
3				
4				
5				

จำนวนกลุ่มโรคเสียชีวิตสูงสุด 5 ลำดับแรก

ลำดับ	3 ปีที่แล้ว	2 ปีที่แล้ว	1 ปีที่แล้ว	ปีปัจจุบัน
1				
2				
3				
4				
5				

จำนวนกลุ่มโรคความเสี่ยงสูงสุด 5 ลำดับแรก

ลำดับ	3 ปีที่แล้ว	2 ปีที่แล้ว	1 ปีที่แล้ว	ปีปัจจุบัน
1				
2				
3				
4				
5				

จำนวนกลุ่มโรค Readmission สูงสุด 5 ลำดับแรก

ลำดับ	3 ปีที่แล้ว	2 ปีที่แล้ว	1 ปีที่แล้ว	ปีปัจจุบัน
1				
2				
3				
4				
5				

จำนวนกลุ่มโรค Refer out สูงสุด 5 ลำดับแรก

ลำดับ	3 ปีที่แล้ว	2 ปีที่แล้ว	1 ปีที่แล้ว	ปีปัจจุบัน
1				
2				
3				

จำนวนกลุ่มโรค Refer in สูงสุด 5 ลำดับแรก

ลำดับ	3 ปีที่แล้ว	2 ปีที่แล้ว	1 ปีที่แล้ว	ปีปัจจุบัน
1				
2				
3				
4				
5				

จ. ทรัพยากร

ทรัพยากร	สิ่งที่เข้มแข็ง	สิ่งที่ต้องพัฒนา
สถานที่		
เทคโนโลยี		
เครื่องมือ		
เวชภัณฑ์		
บุคลากร (ความรู้ สุขภาพ)		

ฉ. นโยบาย/จุดเน้น/ยุทธศาสตร์ขององค์กร (ระบุเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องและได้ดำเนินการ)

นโยบาย/จุดเน้น/ยุทธศาสตร์	แนวทางตอบสนองที่มีอยู่	สิ่งที่ต้องพัฒนา

ช. ประเด็นคุณภาพและตัวชี้วัดที่สำคัญ(Key Quality Issues & Key Performance Indicator)

ประเด็นคุณภาพ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญนี้ ควรจะสัมพันธ์กับความมุ่งหมายของหน่วยงาน
และตัวชี้วัดของหน่วยงานด้วย

ซ. ความเสี่ยงสำคัญและมาตรการป้องกัน (สอดคล้องกับแผนความเสี่ยงและ risk profile)

ความเสี่ยง	มาตรการป้องกัน

1. ความเสี่ยงสำคัญที่มีผลกระทบสูง

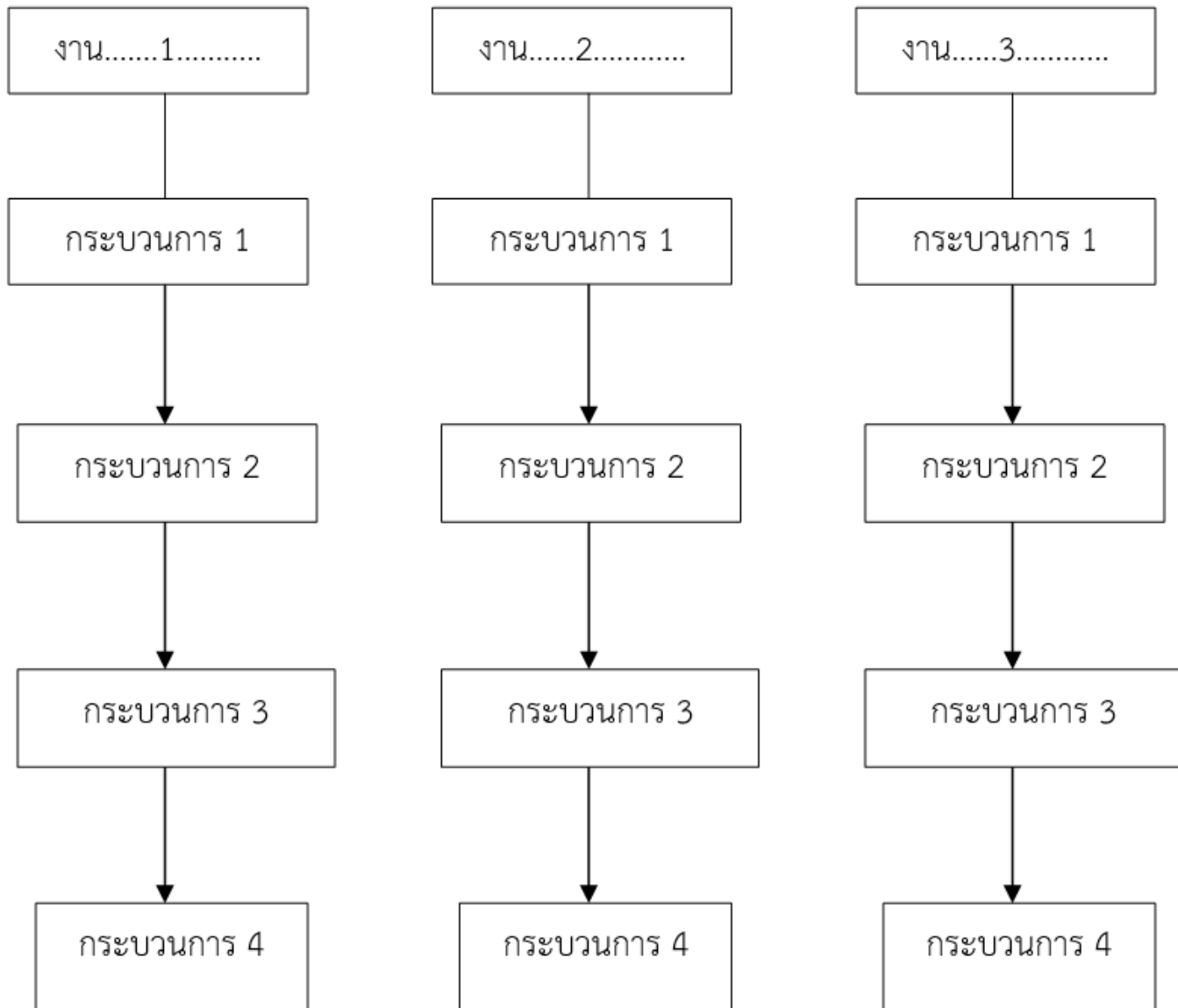
- เกิดผลกระทบกับผู้ป่วย
- เทียบกับ Core business

2. ความเสี่ยงสำคัญที่เกิดซ้ำ จาก Risk Profile ของหน่วยงาน

3. KPIs ที่ยังไม่ได้ผลตามเป้าหมาย

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)²

แผนภูมิกระบวนการทำงาน (ตัวอย่าง)



กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดกระบวนการที่ สำคัญ (Key Process Indicator)
เขียนตามกระบวนการ ให้บริการของ หน่วยงาน/ ทีม ตั้งแต่ เริ่ม (Entry) จนกระทั่ง สิ้นสุด (Discharge)	-เป็นการขยายความสิ่ง ที่คาดหวังจาก กระบวนการหลัก อาจ แยก ออกเป็น ข้อย่อย ๆ อีก 2-5 ข้อ	-ประเมินความเสี่ยง ตามกระบวนการ ให้บริการของ หน่วยงาน (Entry - Discharge) - เชื่อมโยง : ความ เสี่ยงทั่วไป, ความเสี่ยง ทางคลินิก, ความเสี่ยง เฉพาะโรค (เชื่อมโยง กับ PCT	- อะไรคือตัวชี้วัดที่ตอบสนอง ที่คาดหวัง แสดงถึงความเชื่อมโยง กับคกก.ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับหน่วยงานตนเอง เช่น คกก. PCT, คกก. PTC & risk ที่เกิดใน หน่วยงาน

การวิเคราะห์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงาน (วิเคราะห์โดยใช้ DOWNTIME)

ผลการวิเคราะห์ทบทวนกระบวนการที่ต้องการพัฒนา	การปรับปรุงกระบวนการ

ให้วิเคราะห์ DOWNTIME มาก่อน

ใส่ข้อมูลเฉพาะที่พบปัญหา เป็นกระบวนการที่ต้องการพัฒนา

Wastes	ลักษณะการสูญเสีย	การแก้ไข
Defect lost	มีของเสียมากเกินไป งานที่ต้องแก้	เพิ่มคุณภาพการผลิต
Overproduction lost	การผลิตที่มากเกินไป	ผลิตให้พอดีกับความต้องการของลูกค้า
Waiting lost	การรอคอยงาน	ปรับลดระยะเวลาที่ไม่สำคัญ
None use idea from team Lost	ไม่มีการใช้ความคิดจากทีมงาน	ไม่สามารถใช้บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ ได้เต็มประสิทธิภาพ
Transportation lost	เคลื่อนย้ายโดยไม่จำเป็น	การจัดหน่วยงานที่ทำงานเหมือนกัน อยู่ใกล้กัน
Inventory lost	มีสินค้าคงคลังมากเกินไป	ทบทวน/กำหนด stock คงคลังให้ เหมาะสมกับการใช้งาน
Motion lost	เคลื่อนไหวมากเกินไป	ปรับผังพื้นที่การทำงาน
Extra Processing	กระบวนการมากเกินไป	ปรับลดขั้นตอนการทำงานที่ซ้ำซ้อน

3. การดำเนินการพัฒนาคุณภาพในรอบปีปัจจุบัน

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ /ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมพัฒนา

นำปัญหา/โอกาสพัฒนา/ความเสี่ยงสำคัญมาดำเนินการพัฒนา

4. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน³ (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	3 ปีที่แล้ว	2 ปีที่แล้ว	1 ปีที่แล้ว	ปีปัจจุบัน

Activat
6-12-5-

ตัวชี้วัดของหน่วยงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงาน
และมีการติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง

5. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ (สำหรับสายสนับสนุน: หากกิจกรรมใดไม่เกี่ยวข้อง ไม่ต้องทบทวน)

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	วิธีการ/ความถี่/ผู้เข้าร่วม	กรณีตัวอย่าง	การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย/ ทำงาน			
การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ ปฏิเสธการรักษา			
การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง			
การทบทวนความคิดเห็น/คำ ร้องเรียนของผู้รับบริการ			
การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า			
การป้องกันและเฝ้าระวังการคิด เชื่อในโรงพยาบาล			
การป้องกันและเฝ้าระวังความ คลาดเคลื่อนทางยา			
การทบทวนความสมบูรณ์ของการ บันทึกเวชระเบียน			
ทบทวนการใช้ทรัพยากร			
การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ			
การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ			
การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจาก เหตุการณ์สำคัญ			

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

หัวหน้าพาทำคุณภาพ

Team Specific Activities

การทบทวนข้างเตียง (C3THER)

การทบทวนขณะทำงาน

การทบทวนเมื่อส่งต่อ / ขอย้าย
/ ปฏิเสธการรักษา

การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า

การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ
(Scientific Evidence Review)

การทบทวนตัวชี้วัด (KPI Review)

Combination

การทบทวนการตัดสินใจในโรงพยาบาล

การทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา/ผลไม่พึงประสงค์จากยา

การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ / เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

การทบทวนเวชระเบียน

การทบทวนการใช้ทรัพยากร (UR)

Hospital-wide

การทบทวนคำร้องเรียน

5. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

- ☐ ทบทวนระบบ/กิจกรรม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เคยเกิดไม่ให้เกิดซ้ำอีก จะปรับขั้นตอนการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นได้อย่างไร
- ☐ ทบทวนระบบ/กิจกรรม ในงานที่พัฒนาขึ้นใหม่ ผลการทำงาน เป็นอย่างไร ต้องพัฒนาขั้นตอนการทำงานอะไรเพิ่มเติม
- ☐ เขียนระบุการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น(เขียนเป็น 3 P หรือ PDCA) สามารถบอกกิจกรรมที่ปฏิบัติใหม่ได้

6. ผลงานที่ภาคภูมิใจ

ผลงาน	การเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานที่ยังใช้ถึงปัจจุบัน	เริ่มเมื่อ	ผลลัพธ์

เป็นการรวบรวมผลงานคุณภาพของ ทีม/หน่วยงานทั้งหมดที่ผ่านมา
ว่าเป็นไปตามสิ่งที่คาดหวัง เช่น ระบบต่าง ๆ ที่หน่วยงานทำได้ดี
มีความภาคภูมิใจ ซึ่งต้องแสดงให้เห็นแนวคิด และผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจริง ,
CQI

7. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง⁴

ประเด็นคุณภาพ /ความท้าทาย	โครงการ/กิจกรรม	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กำหนด ดำเนินการ

เป็นการวางแผนการพัฒนาในอนาคต สำหรับประเด็นที่ยังไม่
สามารถดำเนินการได้ในปัจจุบัน

การบ้าน

ส่ง Service Profile ฉบับปัจจุบัน
ที่เนื้อหาครบถ้วน ตามแบบฟอร์มที่กำหนด
31 ธันวาคม 2563

ครึ่งทางแล้ว เหนื่อยแล้วยัง

พักก่อนนะ



การบริหารความเสี่ยง

เป้าหมายความปลอดภัย

- เพิ่มการค้นหา
- การทบทวนที่ครอบคลุม ได้มาตรฐานการป้องกันเชิงระบบ
- มีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนด
- อุบัติการณ์ที่เคยเกิด ไม่เกิดซ้ำด้วยสาเหตุเดิม



นโยบายในการบริหารความเสี่ยง

1. บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยง
2. ให้หัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วย เป็นผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน และจัดการให้มีการค้นหาความเสี่ยง จัดทำรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน ร่วมกันวิเคราะห์ และวางมาตรการในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
3. ให้มีการประสานข้อมูลระหว่างคณะกรรมการ/ทีมที่เกี่ยวข้อง กับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ
4. ให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จัดระบบการจัดการความเสี่ยงที่ชัดเจน มีการวิเคราะห์และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ
5. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีหน้าที่รวบรวมความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และติดตามกำกับความเสี่ยงโดยใช้ risk register

โปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล

1. โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก

มี 7 ประเด็น ได้แก่ อุบัติเหตุ การให้เลือด Lab X-ray การผ่าตัด/ดมยา/ทำหัตถการ และการรักษาพยาบาลผู้ป่วย / เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่นๆ / Specific Clinical Risk

2. โปรแกรมความคลาดเคลื่อนทางยา

3. โปรแกรมด้านสิทธิผู้ป่วย/จริยธรรมวิชาชีพ / ข้อร้องเรียน

4. โปรแกรมด้านข้อมูลและสารสนเทศ

5. โปรแกรมด้านบุคลากร

6. โปรแกรมด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์

7. โปรแกรมด้านโครงสร้างสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

8. โปรแกรมด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

9. โปรแกรมด้านการเงิน

10. โปรแกรมด้านวิจัย

11. โปรแกรมด้านการเรียน การสอน

12. โปรแกรมด้านศิลปะและวัฒนธรรม



Thailand Patient Safety Goals

S

Safe Surgery

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

Infection Control

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

I

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

Patient Care Process

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

P

L

Line, Tube & Catheter and Laboratory

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

Emergency Response

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

E



Thailand Personnel Safety Goals

S

Social Media and Communication

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

Infection and Exposure

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

I

M

Mental Health and Mediation

- M1: Mental Health
- M2: Mediation

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

P

L

Lane (Traffic) and Legal Issues

- L1: Ambulance and Referral Safety
- L2: Legal Issues

Environment and Working Conditions

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

E





PCMC 2P Safety Goal

เป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการและบุคลากรปลอดภัย

Patient Safety ผู้ป่วยปลอดภัย

Safe Surgery and Invasive Procedure
กระบวนการผ่าตัดที่ปลอดภัย

Infection Prevention and Control
การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อที่ปลอดภัย

Medication & Blood Safety
การใช้ยาและการให้เลือดที่ปลอดภัย

Patient Care Processes
กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย

Line, Tube and Catheter & Laboratory
การดูแลสายและสิ่งแปลกปลอมที่ปลอดภัย

Emergency Response
การตอบสนองภาวะฉุกเฉินที่พร้อมและปลอดภัย



Personal Safety บุคลากรปลอดภัย

Security and Privacy of Information and Social Media
ข้อมูลการสื่อสารที่ปลอดภัย

Infection and Exposure
การป้องกันบุคลากรติดเชื้อ

Mental Health and Mediation
การดูแลด้านจิตใจของบุคลากร

Process of Work
กระบวนการทำงานของบุคลากรที่ปลอดภัย

Lane (Ambulance) and Legal Issues
การใช้รถพยาบาล การให้ข้อมูล และการบันทึกที่เหมาะสม

Environment and Working Conditions
สิ่งแวดล้อมและสภาวะการทำงานที่ปลอดภัย

Patient Safety Goal/Guide



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

1. เพื่อนำแนวคิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มาสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม
2. เพื่อชี้้นำประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ
3. เพื่อให้เกิดชุมชนที่สั่งสมความรู้และนำมาแลกเปลี่ยนกัน
4. เพื่อแนะนำแนวปฏิบัติบนฐานข้อมูลวิชาการ
5. เพื่อให้สามารถประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จในการพัฒนา

เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย
ของประเทศไทย พ.ศ. 2561

Patient Safety Goals:

SIMPLE
Thailand **2018**

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



เป้าหมายความปลอดภัย
ของบุคลากรสาธารณสุข
ของประเทศไทย พ.ศ. 2561

Personnel Safety Goals:

SIMPLE
Thailand **2018**

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



S: Safe Surgery

S 1	Safe Surgery and Invasive Procedure
S 1.1	Surgical Safety Checklist
S 1.2	Surgical Site Infection (SSI) Prevention
S 1.3	Enhanced Recovery after Surgery (ERAS)
S 1.4	Venous Thromboembolism (VTE) Prophylaxis
S 2	Safe Anesthesia
S 3	Safe Operating Room
S 3.1	Safe Environment
S 3.2	Safe Surgical Instrument and Device
S 3.3	Safe Surgical Care Process

S 1: Safe Surgery and Invasive Procedure

S 1.1: Surgical Safety Checklist

Definition

เครื่องมือสำหรับช่วยตรวจสอบและประเมินความพร้อม โดยการสื่อสารในทีมให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อลดข้อผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดที่ป้องกันได้ และเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม โดยนำหลักคิดและวิธีการ Surgical Safety Checklist มาจาก WHO

Goal

- ลดข้อผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้จากระบบการผ่าตัด
- ส่งเสริมการสื่อสารการทำงานเป็นทีมที่คำนึงถึง critical safety steps ร่วมกัน

Why

องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศ The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives โดยมุ่งเน้นที่การตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด (Surgical Safety Checklist) ซึ่งพบว่า สามารถลดทั้งอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายจากการผ่าตัด และปัจจุบันเป็นสิ่งที่สถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่ทั่วโลกยึดถือปฏิบัติ ทั้งนี้ โดยเฉลี่ยแล้ว พบว่า ทั่วโลกจะมีการผ่าตัดปีละ 234,000,000 ด้านครั้ง ซึ่งทุกการผ่าตัดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่หลีกเลี่ยงและป้องกันได้ร้อยละ 50

Process

การใช้ Surgical Safety Checklist สามารถปรับให้สอดคล้องกับการทำงานแต่ละที่ และต้องอาศัยการทำงานร่วมของทีมงานผ่าตัด ซึ่งควรมีผู้ดำเนินกระบวนการตรวจสอบ (checklist coordinator) แนะนำว่าอาจให้เป็น circulating nurse หรือนุศคนอื่นตามความเหมาะสมของแต่ละหน่วยงาน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (sign in) ก่อนดมยาสลบ (time out) และก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) ซึ่งในแต่ละระยะ ทีมผ่าตัดจะต้องปฏิบัติตามภารกิจให้เสร็จสิ้นก่อน จึงจะเริ่มปฏิบัติการกิจในระยะต่อไป โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. ก่อนให้ยาระับความรู้สึก (Sign in)

ทีมผ่าตัด โดยอย่างน้อยต้องมี วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และพยาบาล ห้องผ่าตัด ร่วมกันดำเนินการต่อไปนี้

- 1.1 ยืนยันความถูกต้อง (verification) ของชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด โดยมีหลักการสำคัญคือ ต้องยืนยันกับผู้ป่วย
- 1.2 ทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด (mark site) โดยทีมผ่าตัดจะต้องสื่อสาร และตรวจสอบร่วมกัน
- 1.3 ตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในการระับความรู้สึก
- 1.4 ตรวจสอบว่ามี pulse oximeter ติดให้ผู้ป่วยและใช้งานได้
- 1.5 ตรวจสอบประวัติการแพ้ยา
- 1.6 ตรวจสอบประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากหรือเสี่ยงที่จะเกิดอาการ สำลักขณะใส่ท่อช่วยหายใจ
- 1.7 ตรวจสอบว่ามีโอกาสเสียเลือดมากกว่า 500 มล. ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หรือ 7 มล./กก. ในผู้ป่วยเด็กถ้ามีความเสี่ยงให้ใส่สายสวน (cannula/catheter) ในหลอดเลือดดำส่วนปลาย (peripheral vein) 2 ตำแหน่ง หรือหลอดเลือดดำส่วนกลาง และเตรียมสารน้ำที่จะให้ทดแทน

2. ก่อนลงมีด (Time out)

ทีมผ่าตัดประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และ พยาบาล ห้องผ่าตัด ร่วมกันดำเนินการต่อไปนี้

- 2.1 สมาชิกทีมผ่าตัดทุกคนมีการแนะนำชื่อและบทบาทของตนเองเพื่อยืนยัน การเข้าผ่าตัดถูกต้อง
- 2.2 ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัด กล่าว ยืนยัน ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และตำแหน่งที่จะผ่าตัด
- 2.3 ควรให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 30-60 นาที ก่อนลงมีด
- 2.4 ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญหรือขั้นตอนที่อาจเกิดเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ การคาดคะเนระยะเวลาผ่าตัด และการสูญเสียเลือด
- 2.5 วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล ทบทวนปัญหาที่ต้องระมัดระวังในผู้ป่วย เฉพาะราย

- 2.6 พยาบาลตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด และอื่นๆ ว่าการทำให้ปราศจากเชื้อมีความถูกต้องครบถ้วน
 - 2.7 การเตรียมพร้อมเพื่อนำเสนอภาพทางรังสี หรือข้อมูลที่สำคัญทางคลินิกอื่นๆ ที่จำเป็นต้องใช้ระหว่างผ่าตัด
3. ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Sign out)
- ทีมผ่าตัดประกอบด้วยศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัดร่วมกันดำเนินการดังนี้
- 3.1 ยืนยันชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดถูกต้อง และตัวบ่งชี้ (identification) ของกายอุปกรณ์หรือสิ่งใส่เทียม (prosthesis) ที่ใส่ให้ผู้ป่วย
 - 3.2 การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าชั้นเลือด และเข็มเย็บ ครบถ้วน
 - 3.3 การเขียนป้ายสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้อง
 - 3.4 ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด ให้ระบุปัญหาและวิธีแก้ไข
 - 3.5 ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด และต้องแจ้งให้ทีมห้องพักรับฟื้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- (ข้อ 3.1-3.4 พยาบาลห้องผ่าตัดกล่าวให้ทีมผ่าตัดได้ยิน และขอคำยืนยันด้วยวาจาจากทีม)

Training

การทำความเข้าใจ ทีมมา วัดดูประสงค์ ประโยชน์ ของการใช้ Surgical Safety Checklist ร่วมกันเป็นทีม

Monitoring

ตัวชี้วัดกระบวนการ: ร้อยละของการใช้แบบตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด

อุบัติการณ์ที่ควรรายงาน: อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง อุบัติการณ์จากกระบวนการทางวิสัญญี การส่งชิ้นเนื้อคลาดเคลื่อน อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ป้องกันได้จากการดูแลผู้ป่วย ก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด เป็นต้น

Pitfall

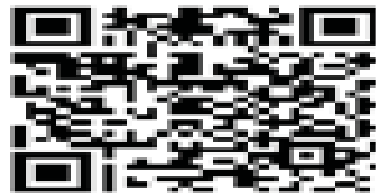
การใช้ Surgical Safety Checklist ด้วยความไม่เข้าใจ และไม่ได้ดำเนินการร่วมกันเป็นทีม

มาตรฐาน HA

การปฏิบัติความแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ III หมวดที่ 4 หัวข้อที่ 4.3 การดูแลเฉพาะ (PCD.3) ก. การระงับความรู้สึก (4) ข. การผ่าตัด (4) มีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลและผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

Reference

สแกน (scan) QR code เพื่อเข้าถึงเอกสารอ้างอิง (reference)



S 1.2: Surgical Site Infection (SSI) Prevention

Definition

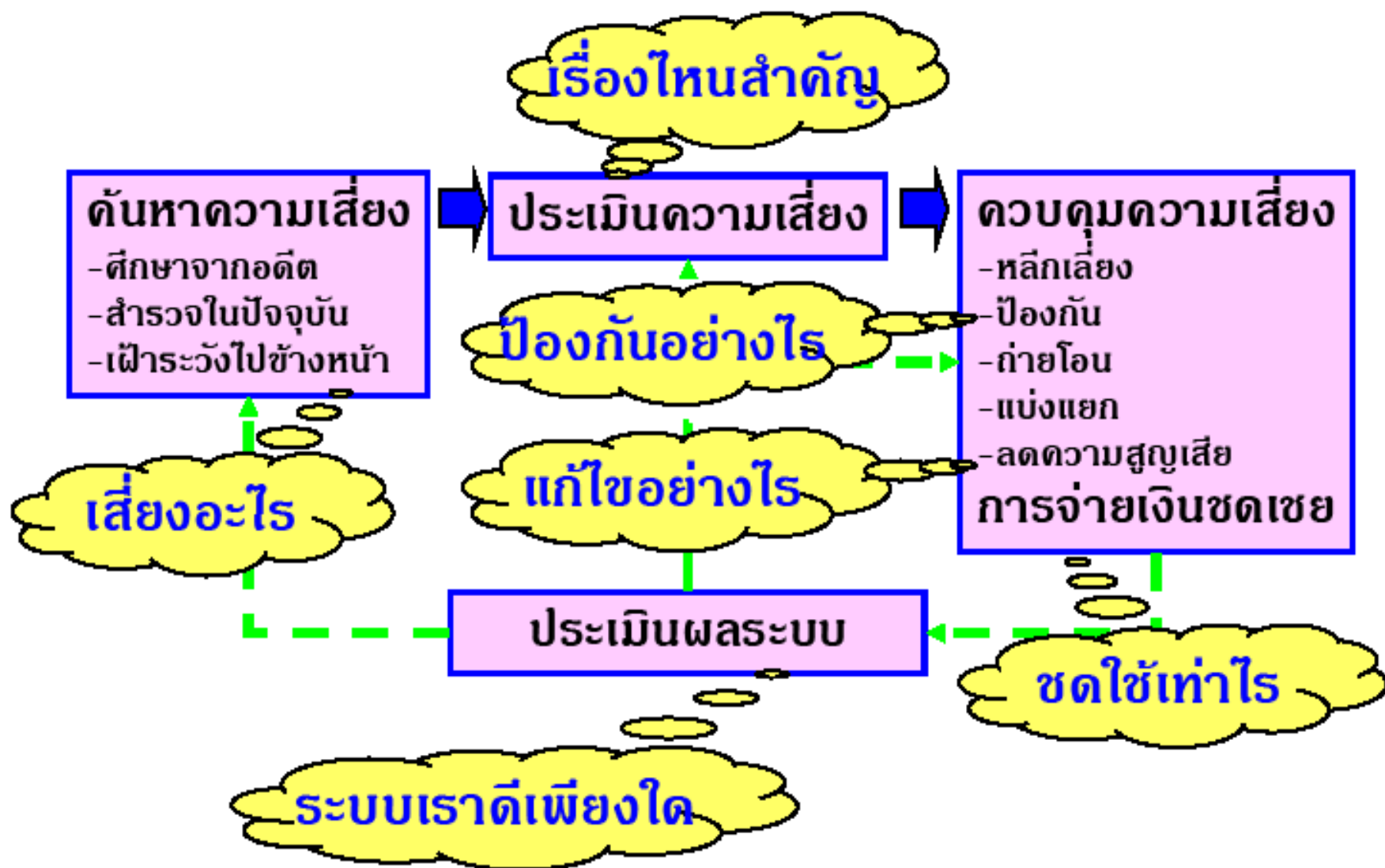
คือการติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด โดยแบ่งชนิดของการติดเชื้อเป็น

- (1) Superficial incisional ในการฉีกที่ติดเชื้อของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังของแผลผ่าตัดภายใน 30 วันหลังผ่าตัด
- (2) Deep incisional การติดเชื้อชั้นที่ลึกลงมาถึงพังพืด (fascia) กล้ามเนื้อ (muscle) ภายใน 30 หรือ 90 วันตามชนิดการผ่าตัด
- (3) Organ/Space การติดเชื้อในอวัยวะหรือช่องต่างๆของร่างกายบริเวณเปิดแผลผ่าตัดหรือได้มีการ manipulated ระหว่างผ่าตัด ภายใน 30 หรือ 90 วันตามชนิดการผ่าตัด และวินิจฉัยตามเกณฑ์ (criteria) อ้างอิงจาก ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Center for Disease Control and Prevention; CDC)

Goal

ป้องกันและลดอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

กระบวนการบริหารความเสี่ยง



ภาพรวม 63

1. ความเห็นต่อความถี่ในการ รายงานเหตุการณ์ 49.5%			2. ความเห็นต่อความปลอดภัย ในภาพรวม 68.7%				3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริม ความปลอดภัย 70.0%			
D1 53.0%	D2 47.4%	D3 48.1%	A15 82.6%	A18 64.7%	A10 69.2%	A17 58.5%	B1 66.0%	B2 69.4%	B3 69.8%	B4 74.9%
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 69.7%			5. การทำงานเป็นทีมภายใน หน่วยงานของโรงพยาบาล 70.9%				6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง 62.4%			
A6 71.4%	A9 69.8%	A13 68.0%	A1 78.6%	A3 79.3%	A4 74.2%	A11 51.6%	C2 65.0%	C4 53.1%	C6 69.0%	
7. การสื่อสารและการรับข้อมูล ย้อนกลับเกี่ยวกับความพึงพอใจ 67.9%			8. การตอบสนองต่อความผิด พ้องที่ปราศจากการส่งผลร้าย กับตนในภายหลัง 57.5%				9. การจัดคนทำงาน 51.5%			
C1 61.6%	C3 67.0%	C5 75.2%	A8 60.0%	A12 57.8%	A16 54.8%		A2 35.5%	A5 57.2%	A7 39.5%	A14 73.6%
10. การสนับสนุนด้านการ จัดการโรงพยาบาลสำหรับความ ปลอดภัยของผู้ป่วย 60.3%			11. การทำงานเป็นทีมระหว่าง หน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล 59.3%				12. การส่งต่องานและการเปลี่ยน ผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร 56.7%			
F1 56.8%	F8 62.1%	F9 62.0%	F4 57.3%	F10 62.6%	F2 55.1%	F6 62.2%	F3 52.8%	F5 62.2%	F7 51.6%	F11 60.4%

ภาพรวม 61

1. ความเห็นต่อความถี่ในการ รายงานเหตุการณ์ 53.8%	2. ความเห็นต่อความปลอดภัย ในภาพรวม 70.0%	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้ จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริม ความปลอดภัย 72.0%
D1 57.0%	D2 52.7%	D3 51.7%
A15 83.4%	A18 65.9%	A10 72.0%
A17 58.7%	B1 69.0%	B2 70.3%
B3 71.1%	B4 77.4%	
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 72.5%	5. การทำงานเป็นทีมภายใน หน่วยงานของโรงพยาบาล 69.6%	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง 65.9%
A6 75.6%	A9 70.9%	A13 71.1%
A1 77.5%	A3 78.0%	A4 71.8%
A11 51.1%	C2 68.6%	C4 56.1%
C6 73.2%		
7. การสื่อสารและการรับข้อมูล ย้อนกลับเกี่ยวกับความพึงพอใจ 70.7%	8. การตอบสนองต่อความพึง พอใจที่ปราศจากการส่งผลกระทบต่อ คนในภายหลัง 59.9%	9. การจัดคนทำงาน 53.4%
C1 61.7%	C3 71.6%	C5 78.8%
A8 63.2%	A12 60.7%	A16 55.9%
A2 35.2%	A5 56.3%	A7 44.8%
A14 77.8%		
10. การสนับสนุนด้านการ จัดการโรงพยาบาลสำหรับความ ปลอดภัยของผู้ป่วย 66.5%	11. การทำงานเป็นทีมระหว่าง หน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล 65.1%	12. การส่งต่องานและการเปลี่ยน ผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร 62.2%
F1 61.6%	F8 69.2%	F9 68.7%
F4 62.7%	F10 69.2%	F2 60.3%
F6 68.1%	F3 61.4%	F5 67.9%
F7 55.2%	F11 64.4%	

ภาพรวม 62

1. ความเห็นต่อความถี่ในการ รายงานเหตุการณ์ 47.3%	2. ความเห็นต่อความปลอดภัย ในภาพรวม 66.6%	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้ จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริม ความปลอดภัย 68.5%
D1 50.4%	D2 47.8%	D3 43.6%
A15 82.0%	A18 64.6%	A10 66.4%
A17 53.4%	B1 64.9%	B2 69.3%
B3 66.3%	B4 73.5%	
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 66.9%	5. การทำงานเป็นทีมภายใน หน่วยงานของโรงพยาบาล 69.7%	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง 61.1%
A6 68.0%	A9 67.4%	A13 65.4%
A1 77.6%	A3 78.1%	A4 72.6%
A11 50.7%	C2 64.6%	C4 49.5%
C6 69.2%		
7. การสื่อสารและการรับข้อมูล ย้อนกลับเกี่ยวกับความพึงพอใจ 66.6%	8. การตอบสนองต่อความพึง พอใจที่ปราศจากการส่งผลกระทบต่อ คนในภายหลัง 56.0%	9. การจัดคนทำงาน 48.6%
C1 58.9%	C3 66.9%	C5 73.9%
A8 56.8%	A12 58.4%	A16 52.8%
A2 31.2%	A5 53.2%	A7 37.4%
A14 72.4%		
10. การสนับสนุนด้านการจัดการ โรงพยาบาลสำหรับความ ปลอดภัยของผู้ป่วย 59.5%	11. การทำงานเป็นทีมระหว่าง หน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล 57.5%	12. การส่งต่องานและการเปลี่ยน ผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร 56.0%
F1 54.1%	F8 63.8%	F9 60.8%
F4 56.4%	F10 61.2%	F2 52.2%
F6 60.1%	F3 53.5%	F5 61.9%
F7 49.5%	F11 59.1%	

ภาพรวม 63

1. ความเห็นต่อความถี่ในการ รายงานเหตุการณ์ 49.5%	2. ความเห็นต่อความปลอดภัย ในภาพรวม 68.7%	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้ จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริม ความปลอดภัย 70.0%
D1 53.0%	D2 47.4%	D3 48.1%
A15 82.6%	A18 64.7%	A10 69.2%
A17 58.5%	B1 66.0%	B2 69.4%
B3 69.8%	B4 74.9%	
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 69.7%	5. การทำงานเป็นทีมภายใน หน่วยงานของโรงพยาบาล 70.9%	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง 62.4%
A6 71.4%	A9 69.8%	A13 68.0%
A1 78.6%	A3 79.3%	A4 74.2%
A11 51.6%	C2 65.0%	C4 53.1%
C6 69.0%		
7. การสื่อสารและการรับข้อมูล ย้อนกลับเกี่ยวกับความพึงพอใจ 67.9%	8. การตอบสนองต่อความพึง พอใจที่ปราศจากการส่งผลกระทบต่อ คนในภายหลัง 57.5%	9. การจัดคนทำงาน 51.5%
C1 61.6%	C3 67.0%	C5 75.2%
A8 60.0%	A12 57.8%	A16 54.8%
A2 35.5%	A5 57.2%	A7 39.5%
A14 73.6%		
10. การสนับสนุนด้านการ จัดการโรงพยาบาลสำหรับความ ปลอดภัยของผู้ป่วย 60.3%	11. การทำงานเป็นทีมระหว่าง หน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล 59.3%	12. การส่งต่องานและการเปลี่ยน ผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร 56.7%
F1 56.8%	F8 62.1%	F9 62.0%
F4 57.3%	F10 62.6%	F2 55.1%
F6 62.2%	F3 52.8%	F5 62.2%
F7 51.6%	F11 60.4%	

การค้นหา/การรายงานความเสี่ยง

การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก

1. จากการเยี่ยมสำรวจ หรือการตรวจสอบระบบของทีมนำต่างๆ เช่น ENV Round IC Round Risk Round Quality Round เป็นต้น
2. จากการวิเคราะห์กระบวนการทำงาน การประเมินตนเอง การทำกิจกรรม ทบทวน 12 กิจกรรม / หัวหน้าพาทำคุณภาพ ของทุกหน่วยงาน
3. จากการทบทวนเวชระเบียน / การทบทวนทางคลินิกของทีมนำในการดูแลผู้ป่วย (PCT) และหน่วยงานที่ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งสหวิชาชีพต่างๆ เช่นองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล เกสซกรรม เป็นต้น ควรมีการทบทวนทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ เช่นการทำ trigger tools

การค้นหาความเสี่ยง : จะหาความเสี่ยงได้อย่างไร (ต่อ)

- Patient round เป็นการค้นหาความเสี่ยงจากผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ เช่น C3THER , Nursing round , Grand round เป็นต้น
- Chart round เป็นการสุมวาระเขียนมาอ่าน มาทบทวนว่าเรามีอะไรที่อาจหลุดหรือผิดพลาดไป มีอะไรที่ไม่ได้สื่อสารกันหรือดูแลไม่สอดคล้องกัน ควรทำให้บ่อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แพทย์ดูของแพทย์ พยาบาลดูของพยาบาล เมื่อไรเห็นควรจะมาทบทวนร่วมกันก็นัดมาคุยกัน

การค้นหาความเสี่ยง : จะหาความเสี่ยงได้อย่างไร (ต่อ)

- **Disease round** เป็นการเอาโรคเป็นตัวตั้ง พิจารณาว่าประเด็นสำคัญโรคนี้มีอะไรบ้าง จะดูแลตรงไหนให้ดีขึ้นอย่างไร (ซึ่งอาจใช้แนวคิดองค์รวม ใช้เครื่องมือวัด ใช้ความรู้ทางวิชาการที่เปลี่ยนไป หรือใช้การทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาจุดประกายการพัฒนา)

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

บริการ/ทีม:

Team Specific Activities

การทบทวนข้างเตียง (C3THER)

การทบทวนขณะทำงาน **

การทบทวนเมื่อส่งต่อ / ขอย้าย
/ ปฏิเสธการรักษา

การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า **

การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา/ผลไม่พึงประสงค์จากยา

การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ / เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ **

การทบทวนเวชระเบียน

การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ
(Scientific Evidence Review) **

การทบทวนการใช้ทรัพยากร (UR) **

การทบทวนตัวชี้วัด (KPI Review) **

Combination

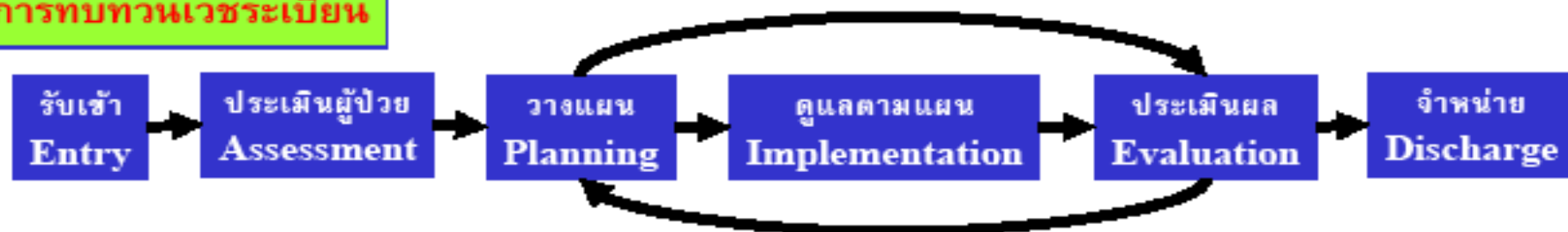
Hospital-wide

การทบทวนคำร้องเรียน **

Quality Review การทบทวนคุณภาพกับความเสี่ยงทางคลินิก

เรียนรู้จากเหตุการณ์สำคัญอย่างเรียบง่าย และครอบคลุม หาโอกาสพัฒนา

การทบทวนเวชระเบียน



การทบทวนข้างเตียง

Care & Risk
Communication
Continuity & D/C plan
Team work
HRD
Environment & Equipment

Holistic
Empowerment
Lifestyle
Prevention

การทบทวนอื่นๆ

การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย
การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ (เสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อน)
การค้นหาความเสี่ยง
การทบทวนศักยภาพ (การส่งต่อ การตรวจรักษา)
การติดเชื่อในโรงพยาบาล
การใช้ยา
การใช้ทรัพยากร
ตัวชี้วัด

การค้นหาความเสี่ยงแบบตั้งรับ

1. แบบรายงานเหตุการณ์ / อุบัติการณ์ออนไลน์ (Intranet)

2. แบบรายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุ

ในกรณีที่เป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงต่ำ (ระดับความรุนแรง A – B) สามารถเขียนรายงานเหตุการณ์ ผ่านแบบฟอร์ม ใบรายงานเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ A B รวบรวมไว้ที่หน่วยงาน ทั้งนี้ให้หน่วยงานบันทึกข้อมูลเข้าแบบรายงานเหตุการณ์ / อุบัติการณ์ออนไลน์ (Intranet) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3. แบบบันทึกคำร้องเรียน/ความเห็นของผู้รับบริการ (FM-RM-002-00)

ผู้ป่วย หรือญาติสามารถติชม แสดงความคิดเห็นหรือเสนอแนะเกี่ยวกับงานบริการของโรงพยาบาลได้ตามช่องทางต่าง ๆ ได้แก่

- บันทึกใส่กล่องแสดงความคิดเห็น ตามจุดต่าง ๆ ในโรงพยาบาล
- จดหมาย Fax โทรศัพท์ สื่อสารออนไลน์ หรือร้องเรียนโดยตรงกับเจ้าหน้าที่
เช่นงานประชาสัมพันธ์ สำนักผู้อำนวยการ

4. รายงานเฝ้าระวังการพยาบาล บันทึกประจำวันของหน่วยงาน

ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์

กำหนดไว้ 9 ระดับ

ระดับ	นิยาม	นิยาม สั้นๆ เพื่อ การจำ
A	ยังไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ (เป็นเหตุการณ์ near miss)	อาจจะ เกิด
B	เกิดเหตุการณ์แล้ว แต่ไม่เป็นอันตราย เนื่องจากยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ / สิ่งแวดล้อม	เกิดไม่ถึง
C	เกิดเหตุการณ์แล้ว แต่ไม่เป็นอันตราย ถึงแม้เหตุการณ์นั้นถึงตัวผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ / สิ่งแวดล้อมแล้ว	เกิดไม่ เป็น
D	เกิดเหตุการณ์ แต่ไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่ / สิ่งแวดล้อม ต้องการการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	ต้องระวัง

ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ (ต่อ)

E	เกิดเหตุการณ์ มีอันตรายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่ / สิ่งแวดล้อม เพียงชั่วคราว ต้องการการรักษา/แก้ไขเพิ่มเติม ไม่กระทบวันนอน / เกิด ผลเสีย หรือผลกระทบระดับหน่วยแต่แก้ไขได้ ต้องการการเฝ้าระวัง ต่อเนื่อง	ต้องรักษา
F	เกิดเหตุการณ์ มีอันตรายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่ / สิ่งแวดล้อม <u>พิการ</u> <u>ชั่วคราว</u> กระทบต่อวันนอน ทำให้ต้องนอน รพ. นานขึ้น/ เกิดผลเสีย หรือ ผลกระทบระดับหน่วยงาน ต้องการการช่วยเหลือจากภายนอก หน่วยงาน / ทีมที่เกี่ยวข้อง	เเยียวยา นาน
G	เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ถึง <u>พิการถาวร</u> / เกิดผลเสีย หรือผลกระทบทั้ง ระดับหน่วยงานระดับโรงพยาบาล เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องและเสีย ชื่อเสียง ต้องการการช่วยเหลือจากระดับบริหาร	ต้องพิการ
H	เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย <u>ต้องทำการช่วยชีวิต</u> / เกิดผลเสีย หรือผลกระทบ ระดับโรงพยาบาล เกือบถูกฟ้องร้อง หรือสูญเสียทรัพย์สิน	ต้องการ ปั้ม
I	เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ถึง <u>เสียชีวิต</u> / เกิดผลเสีย หรือผลกระทบต่อสังคม ชุมชน เกิดการฟ้องร้อง เสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล	จำใจลา

การประเมินสัญญาณวิกฤติ Risk matrix

	ความถี่					
		A B [1]	C D [2]	E F [3]	G H [4]	I [5]
ความรุนแรง	บ่อยมาก 5]	Significant	High	High	High	High
	บ่อย [4]	Significant	Significant	High	High	High
	ค่อนข้างบ่อย [3]	Moderate	Moderate	Significant	High	High
	ปานกลาง [2]	Low	Moderate	Moderate	Significant	High
	น้อย / ไม่เกิด [1]	Low	Low	Moderate	Moderate	Significant

ความถี่

5 = บ่อยมาก เกิดเกือบทุกวันหรือ > 5 ครั้ง/เดือน

4 = บ่อย เกิดเกือบทุกสัปดาห์หรือ 1 – 5 ครั้ง/เดือน

3 = ค่อนข้างบ่อย เกิดเกือบทุกเดือน หรือเกิด ≥ 6 ครั้ง / ปี

2 = ปานกลาง เกิดปีละไม่เกิน 5 ครั้ง

1 = น้อย เกิดปีละ 1 ครั้ง หรือไม่เกิด

ความรุนแรง

5 = ความรุนแรงระดับ I

4 = ความรุนแรงระดับ G H

3 = ความรุนแรงระดับ E F

2 = ความรุนแรงระดับ C D

1 = ความรุนแรงระดับ A B

การจัดการความเสี่ยงตามสัญญาณวิกฤติ (Risk Matrix)

ระดับความเสี่ยง	การจัดการ	การรายงาน
High Risk	RCA วางระบบป้องกันอย่างรัดกุม กำหนดใน Risk profile ของทีม/หน่วยงาน	ภายใน 1-2 สัปดาห์
Significant Risk	RCA วางระบบป้องกันการเกิดซ้ำ	ภายใน 1 เดือน
Moderate Risk	จัดทำมาตรการป้องกัน / แก้ไข / CQI	รายงานใน โปรแกรม ความเสี่ยง online
Low Risk	เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	

Risk Profile

Risk profile คืออะไร....?

- ✚ คือเอกสารหรือรูปแบบที่แสดงให้เห็นว่าหน่วยงาน/ทีม/องค์กรมีความเสี่ยงสำคัญอะไรบ้าง ซึ่งมีทั้งความเสี่ยงทางคลินิก และความเสี่ยงทางกายภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงในหน่วยงาน/ทีม/องค์กร มีแนวทางในการแก้ไข กำหนดมาตรการอย่างไร และแนวโน้มความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร
- ✚ เป็นการแสดงถึงสถานะปัจจุบันที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ทีม องค์กร

ความสำคัญของ Risk Profile

- # ใช้ในการวิเคราะห์ ติดตามว่าในหน่วยงาน/ทีม/องค์กรมีความเสี่ยงอะไรเกิดขึ้นบ้าง อะไรคือความเสี่ยงที่สำคัญ
- # ทำให้เห็นว่ามีมาตรการในการป้องกันแล้วหรือไม่ และมาตรการนั้นมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลเพียงใด
- # นำไปสู่การทบทวนความเสี่ยงที่สำคัญ ที่เกิดขึ้นบ่อย เพื่อปรับปรุงมาตรการการป้องกันให้ดีขึ้น
- # ให้เกิดการทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างน้อยปี 1 ครั้ง หรือตามบริบทในแต่ละองค์กร
- # ใช้ในการสื่อสารกับบุคลากรในหน่วยงาน/ทีม/องค์กร เพื่อให้เห็นว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้น อะไรคือความเสี่ยงสำคัญ แนวโน้มเป็นอย่างไรเกิดขึ้นซ้ำหรือไม่ มาตรการในการป้องกันมีหรือไม่ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลเพียงใด

สรุปรายงานปฏิบัติการ ปี

หอผู้ป่วย / หน่วยงาน

แยกเป็นความเสี่ยงรายโรค และ ความเสี่ยง 2P

[illegible]

บัญชีความเสี่ยง (Risk Profile)

หน่วยงาน

แยกเป็นความเสี่ยงรายโรค และ ความเสี่ยง 2P

รายการความเสี่ยง	จำนวนครั้ง	ความถี่					ความรุนแรง					คะแนนรวม	ระดับความเสี่ยง	Result of review (ผลการทบทวน)	แนวทางที่ปรับเปลี่ยน
		บ่อยมาก (5)	บ่อย (4)	ค่อนข้างบ่อย (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	I (5)	G H (4)	E F (3)	C D (2)	A B (1)				
													High	สาเหตุหลัก	วิธีที่ปรับปรุง
													Sig		
													Mod		
													Low		

สิ่งที่ Risk Profile ควรบอกกับเรา

- # ประเด็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหรือเผชิญอยู่นั้น อะไรที่หนักสุด รุนแรงสุด และมีการเรียงลำดับความสำคัญ
- # ประเด็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นสามารถนำไปเกี่ยวข้องหรือประกอบการตัดสินใจในเรื่องอะไร
- # เห็นภาพ หรือประเด็นความเสี่ยงทั้งหลายที่เกิดขึ้นนั้นเป็นภาพเดียวกัน

องค์ประกอบของเอกสาร Risk Profile

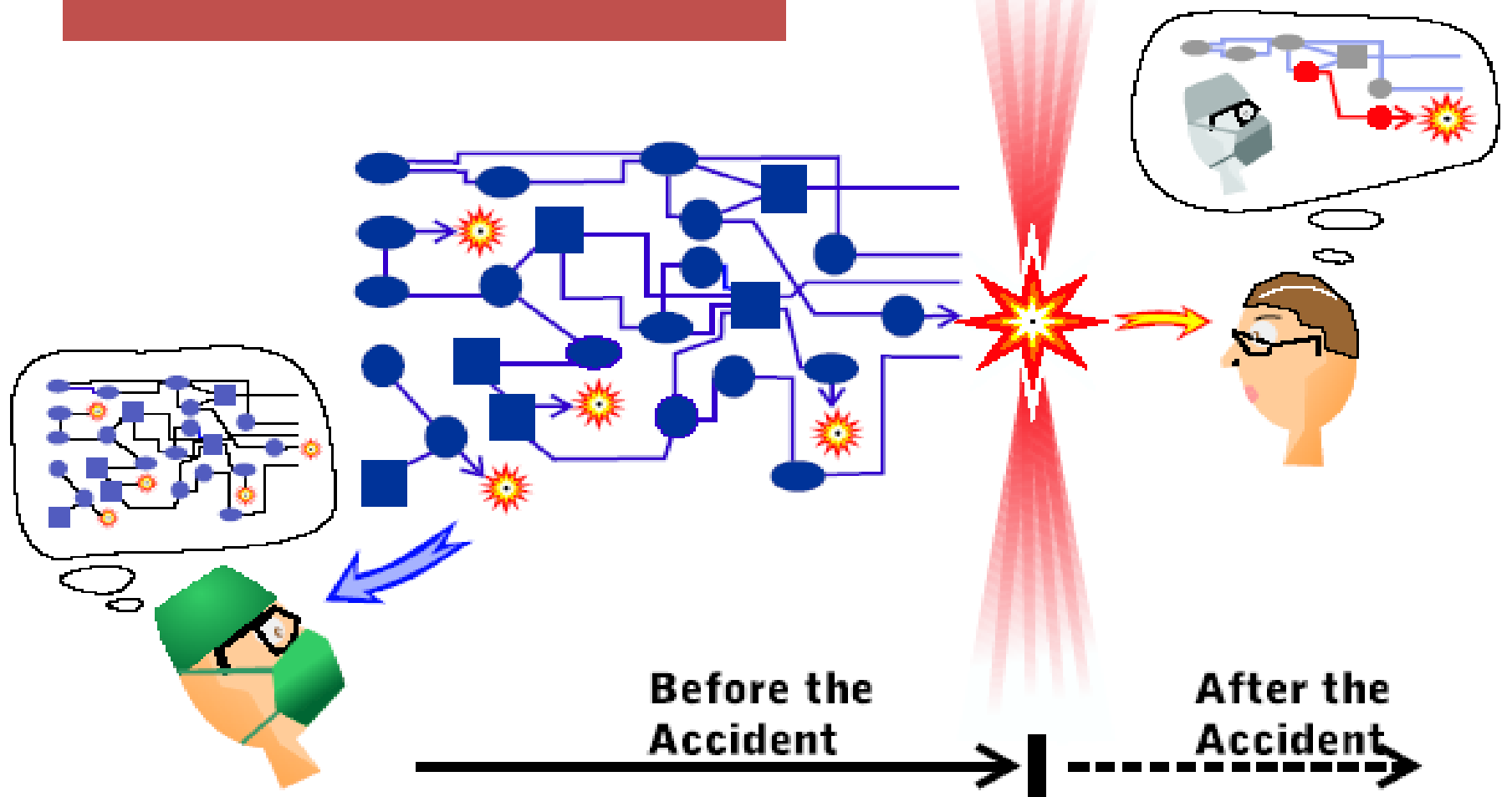
- ✚ ประเด็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยแพ้ยาช้า ,ผู้ป่วยผลัดตกเตียง , เกิด Dengue shock/Bleeding
- ✚ จุดอ่อน/จุดแข็งของการควบคุมความเสี่ยง
- ✚ โอกาสหรือภาวะคุกคามจากภายนอกที่จะมีผลต่อความเสี่ยง
- ✚ ความรุนแรง (Severity) และโอกาส (Likelihood) สู่การกำหนด Risk rating
- ✚ แนวทางในการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
- ✚ ช่องทางในการรับรู้ เรียนรู้ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
- ✚ แนวโน้มความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
- ✚ การเชื่อมโยงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากระดับหน่วยงาน ทีม และองค์กร

เป็นส่วนที่เรายังไม่ได้ทำ

แผนบริหารความเสี่ยง:ทำไมต้องทำแผน

อคติของการมองย้อนหลัง

HINDSIGHT BIAS



เป้าหมาย

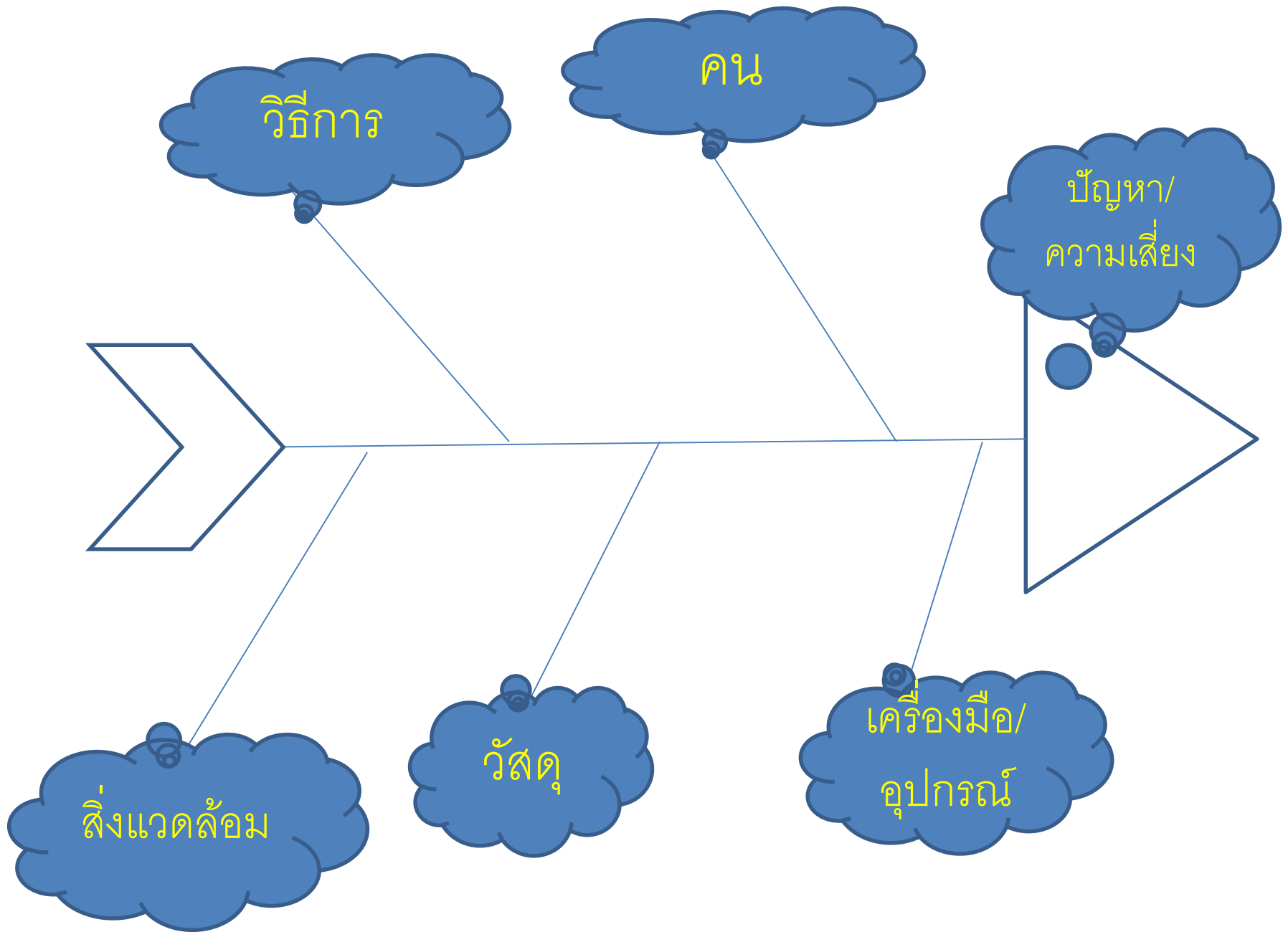
การลดความเสี่ยงหรือความเสียหาย

วัตถุประสงค์

มีการค้นหาภาวะ/สาเหตุ ที่ก่อให้เกิดความเสียหาย
มุ่งเน้นที่ประเด็นเชิงระบบ
เห็นการปรับเปลี่ยนวิธีทำงานที่ชัดเจน
มีการวัดผลความสำเร็จ

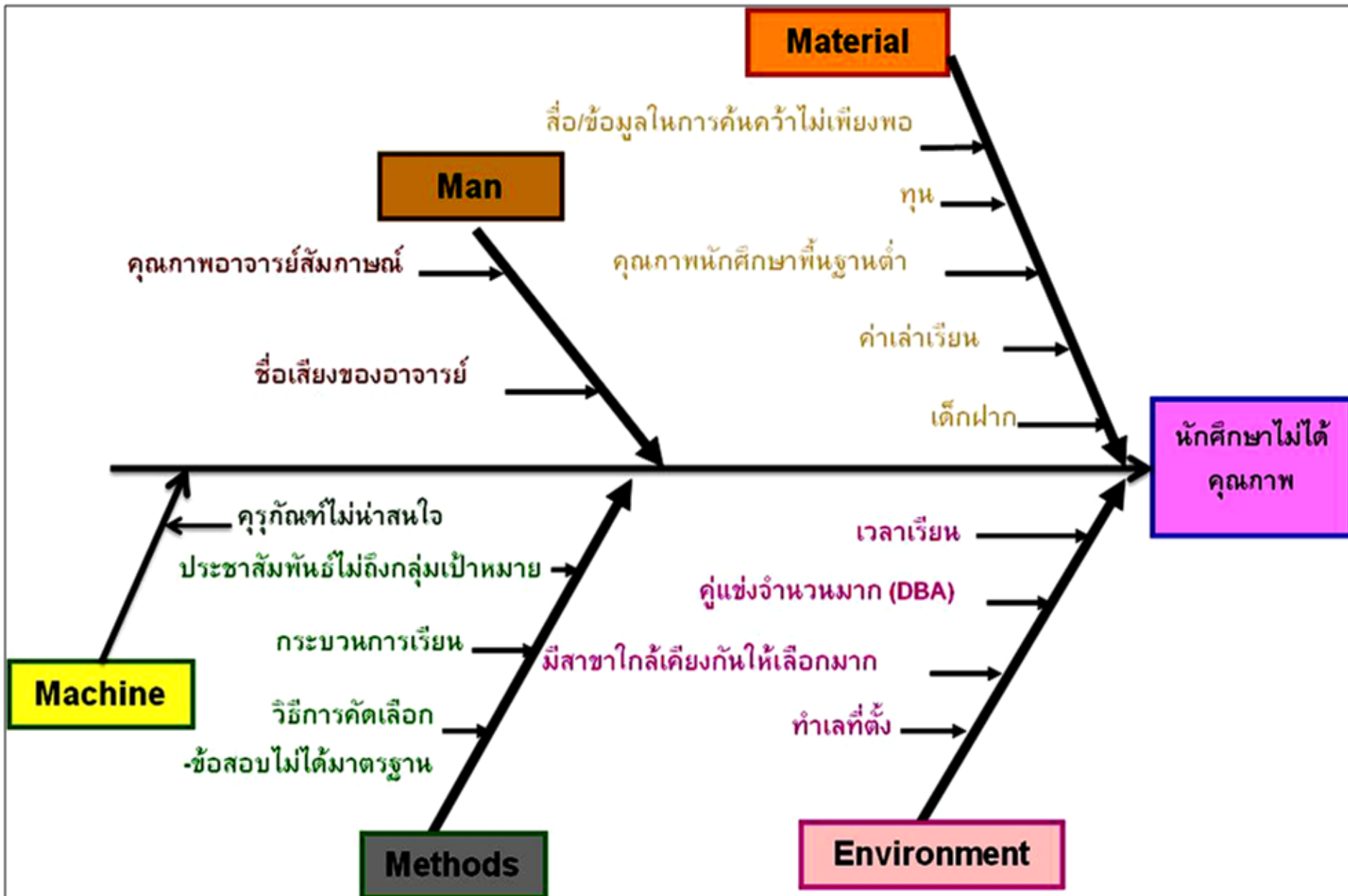
เชื่อมโยงถึง การควบคุมภายใน





ตัวอย่าง

การหาสาเหตุของความเสียหายด้วย Fishbone diagram





ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แผนการบริหารความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2558

ชื่อหน่วยงาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ลำดับที่(1)	งานที่ รับผิดชอบ/ พื้นที่ (2)	วัตถุประสงค์ของงาน/ พื้นที่(3)	ความ เสี่ยง(4)	ด้าน ความ เสี่ยง (5)	ผลกระทบ (6)				โอกาสที่จะเกิด (7)				ระดับความเสี่ยง(8)	สาเหตุการเกิด ความเสี่ยง(9)	แนวทางการ แก้ไข/ปรับปรุง (10)	ระยะเวลา ดำเนินงาน(11)	ผู้รับผิดชอบ(12)
					GHI [4]	EF [3]	CD [2]	AB [1]	บ่อย [4]	ค่อนข้างบ่อย [3]	ปานกลาง [2]	น้อย/ไม่เกิด [1]					

เป้าหมาย แต่ละหน่วยควรมีแผนความเสี่ยง อย่างน้อย 3-5 เรื่อง

ชื่อส่วนงานย่อย.....

รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน

วันที่ ... เดือน พ.ศ.

1	2	3	4	5	6	7
กระบวนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/ด้านของงานที่ประเมินและวัตถุประสงค์ของการควบคุม	การควบคุมที่มีอยู่	การประเมินผลการควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุงการควบคุม	การกำหนดแล้วเสร็จ	หมายเหตุ

ชื่อผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

การบ้าน

ส่ง เอกสารความเสี่ยง ฉบับปัจจุบัน
ที่เนื้อหาครบถ้วน ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

1. สรุปข้อมูลความเสี่ยงในรอบปีที่ผ่านมา
2. บัญชีความเสี่ยง (Risk Profile)
3. แผนบริหารความเสี่ยง
4. แบบ ปย 2

31 ธันวาคม 2563



Good
Luck

THE END