

# Risk Management

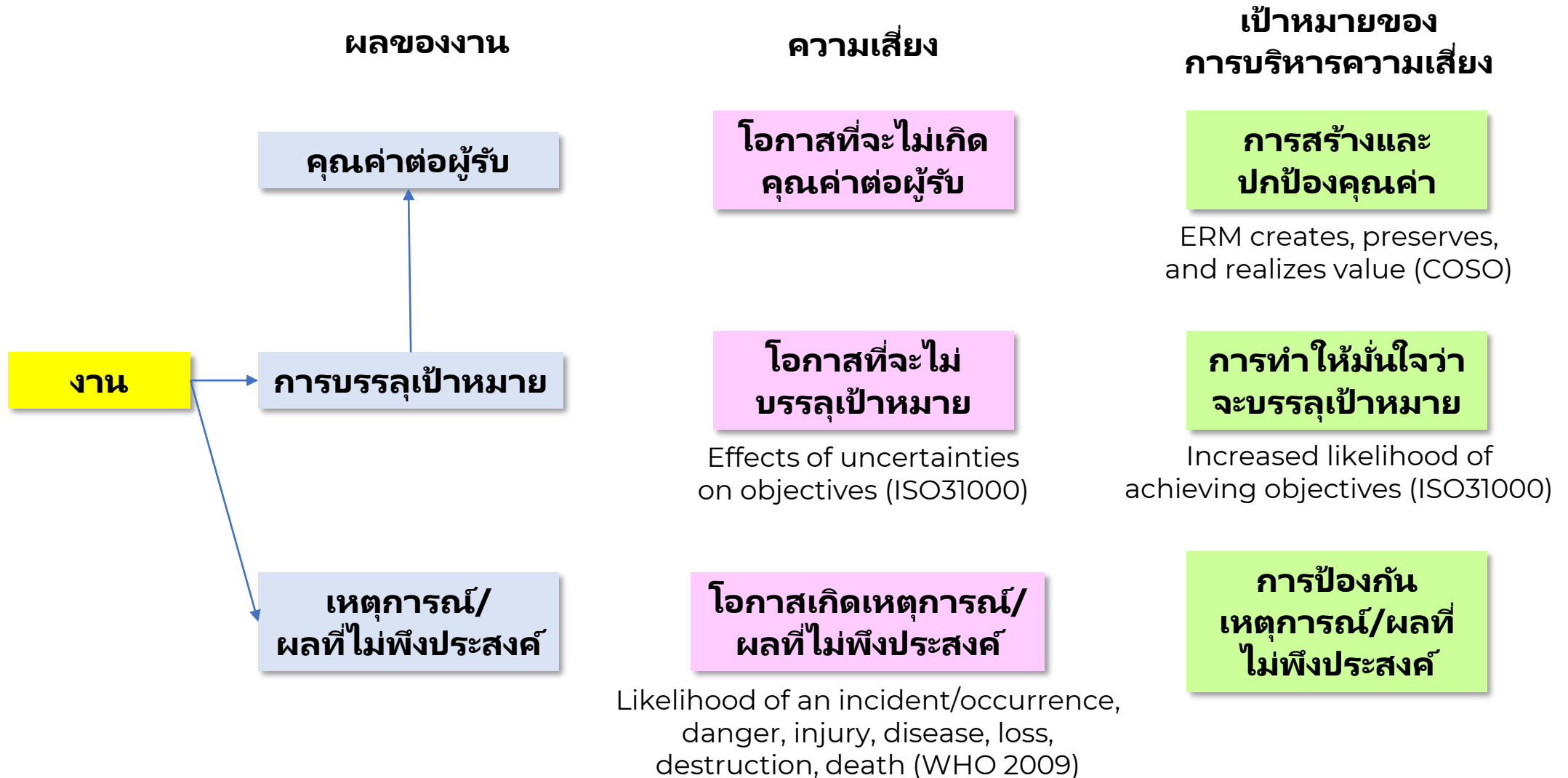
นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Risk Management

รพ.จุฬาภรณ์

วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2567

# ความเสี่ยงคืออะไร



# การเดินทางไปทำงาน



# การเดินทางไปทำงาน

## Risk treatment การรับมือความเสี่ยง

### แผนป้องกัน

- กำหนดเวลาเข้านอน
- กำหนดเวลาตื่นนอน
- กำหนดเวลาออกจากบ้าน
- กำหนดเส้นทางเดินทาง
- พร้อมรับมือถ้าฝนตก

### แผนบรรเทาความเสียหาย

- รายงานหัวหน้าทันที
- ชี้แจงเหตุผล
- อาสาทำงานเพิ่ม

## Risk control การควบคุมความเสี่ยง

ถึงที่ทำงานทันเวลา  
พร้อมทำงาน

**Purpose**

บรรลุเป้าหมาย

**Process**

**Performance**

วัดอย่างไรว่า  
บรรลุเป้าหมาย

จำนวนวันที่มาสาย  
เวลาเดินทางในแต่ละวัน

**Risk monitoring**  
การติดตามความเสี่ยง

ทบทวนสาเหตุที่มาสาย  
ปรับปรุงมาตรการป้องกัน

**Risk review** การทบทวนความเสี่ยง

# การเดินทางไปทำงาน

## Risk treatment การรับมือความเสี่ยง

### แผนป้องกัน

- เลือกวิธีเดินทางที่ปลอดภัย
- ตรวจสอบสภาพรถ
- มีวินัยและมรรยาท
- ใช้ความระมัดระวัง

### แผนบรรเทาความเสียหาย

- ดูแลผู้บาดเจ็บ
- แจ้งบริษัทประกัน
- หาพาหนะทดแทน

## Risk control การควบคุมความเสี่ยง

ป้องกันอุบัติเหตุ  
ระหว่างเดินทาง

**Purpose**

ทำอย่างไรให้  
บรรลุเป้าหมาย

**Process**

**Performance**

วัดอย่างไรว่า  
บรรลุเป้าหมาย

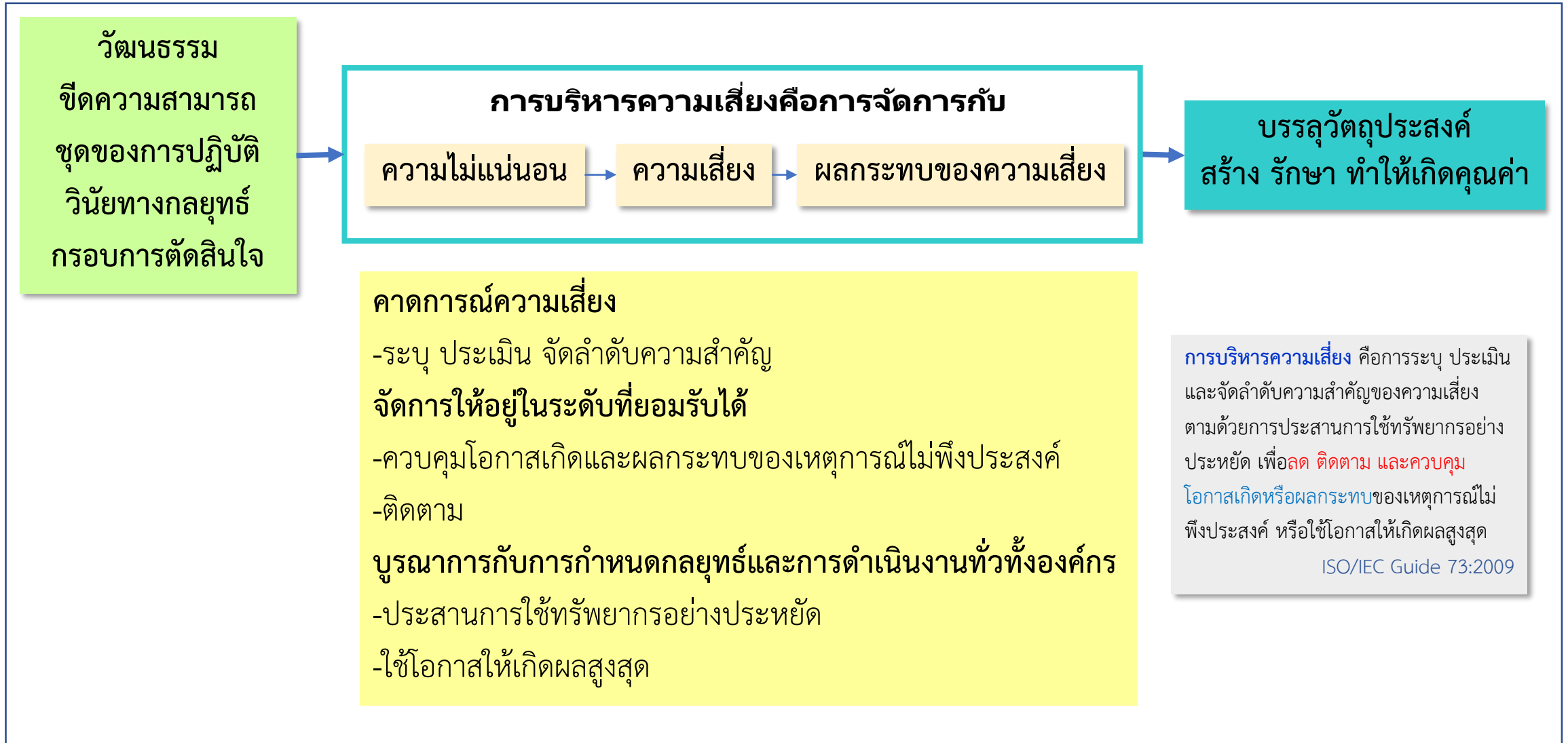
จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุ

ทบทวนสาเหตุ  
ปรับปรุงมาตรการป้องกัน

Risk monitoring  
การติดตามความเสี่ยง

Risk review การทบทวนความเสี่ยง

# ประมวลความหมายของการบริหารความเสี่ยงองค์กร

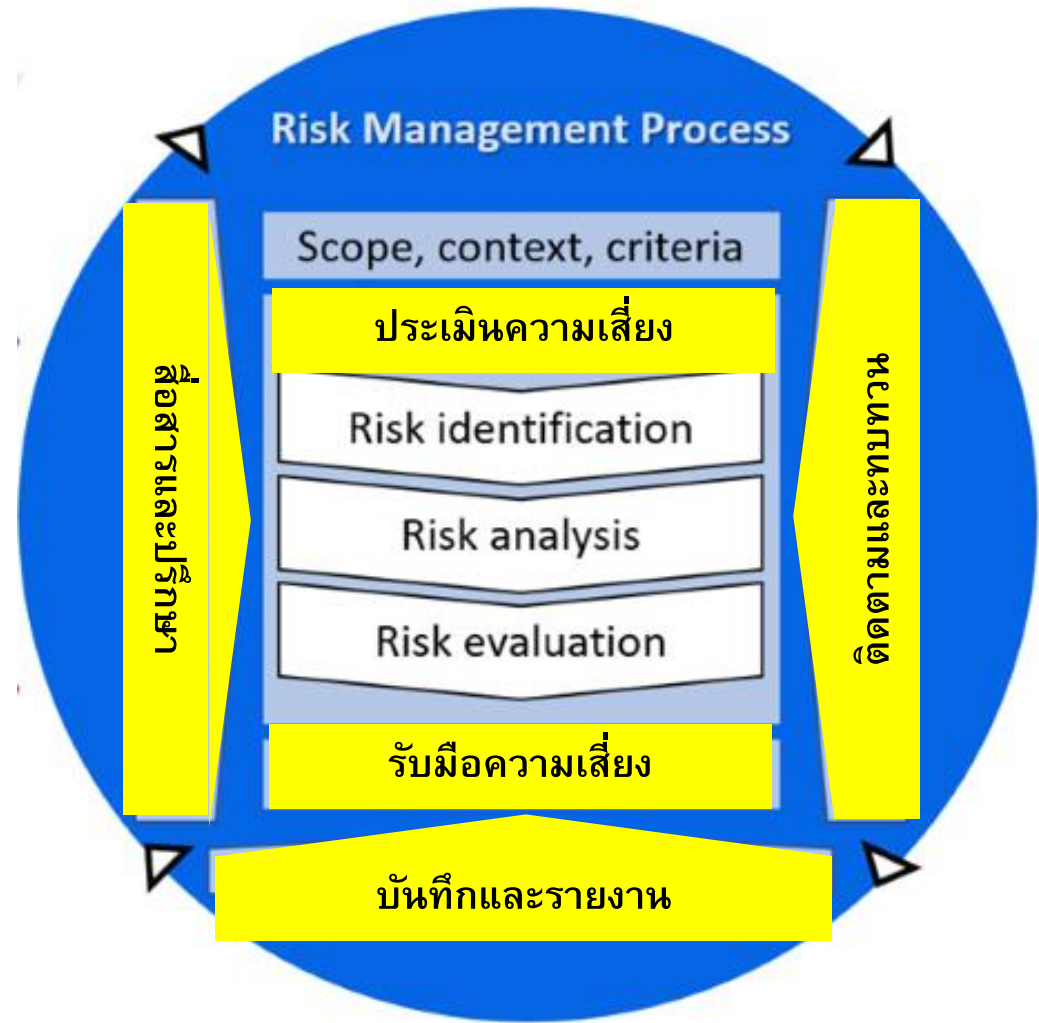
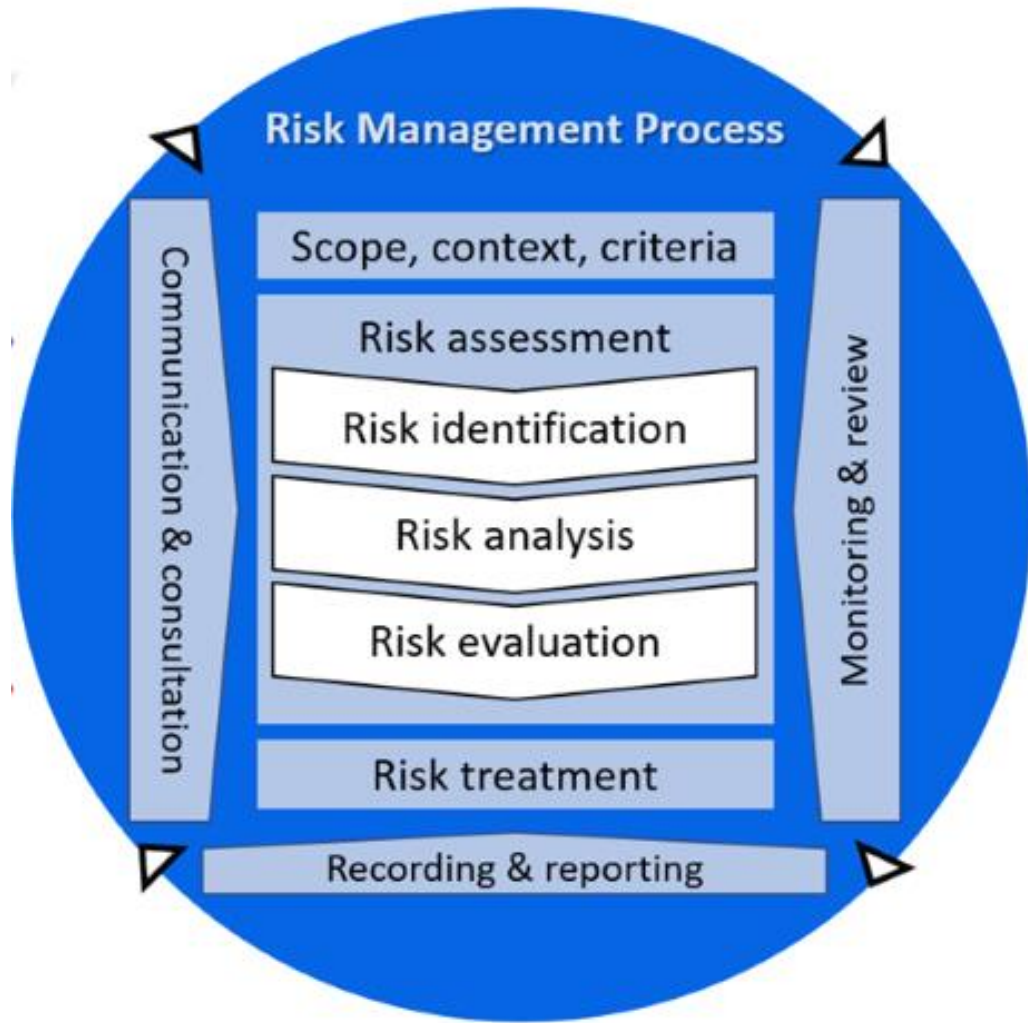


# Risk Management Process

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

# กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)





# กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Process)



# กระบวนการบริหารความเสี่ยง

การระบุความเสี่ยง  
(Risk Identification)

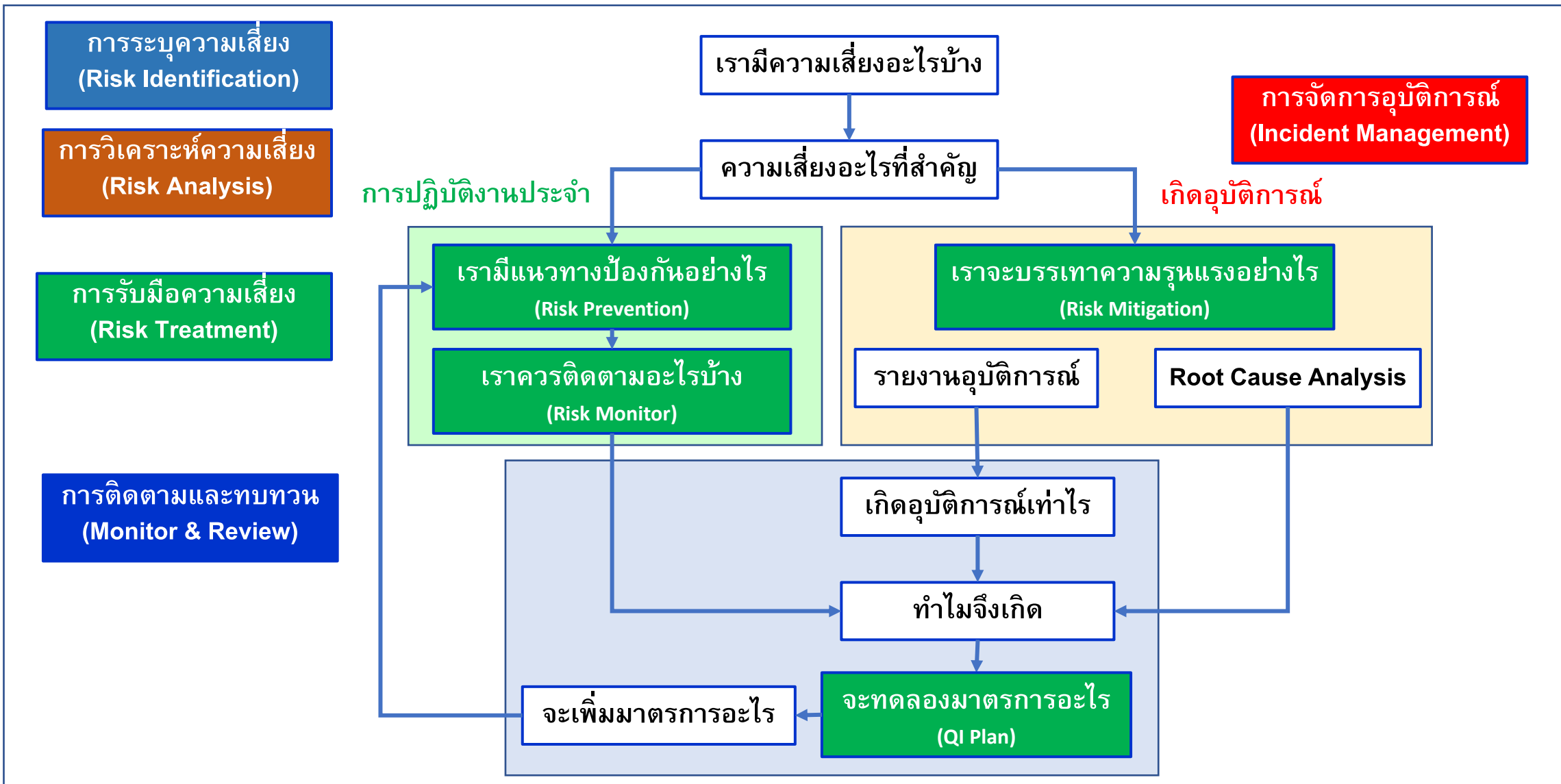
การวิเคราะห์ความเสี่ยง  
(Risk Analysis)

การรับมือความเสี่ยง  
(Risk Treatment)

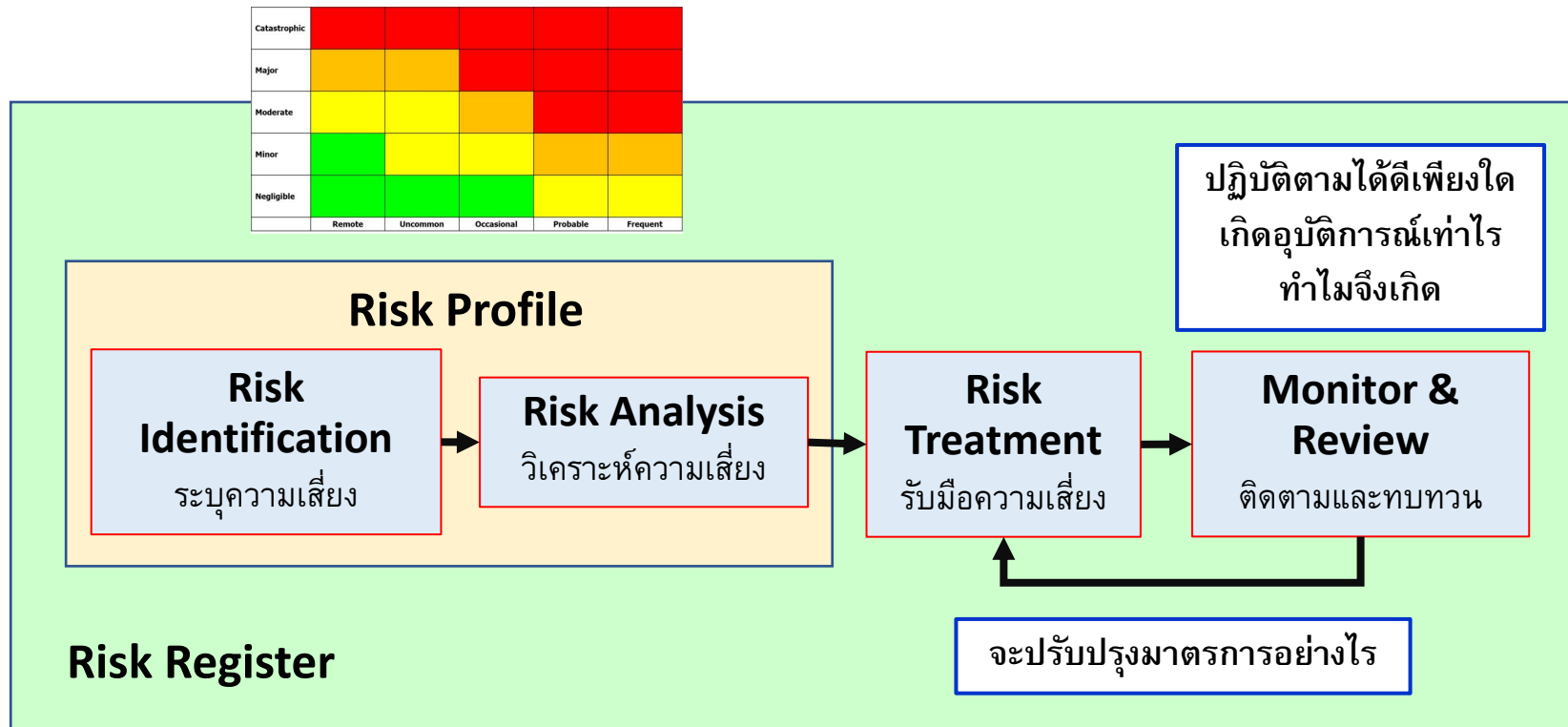
การติดตามและทบทวน  
(Monitor & Review)

การจัดการอุบัติการณ์  
(Incident Management)

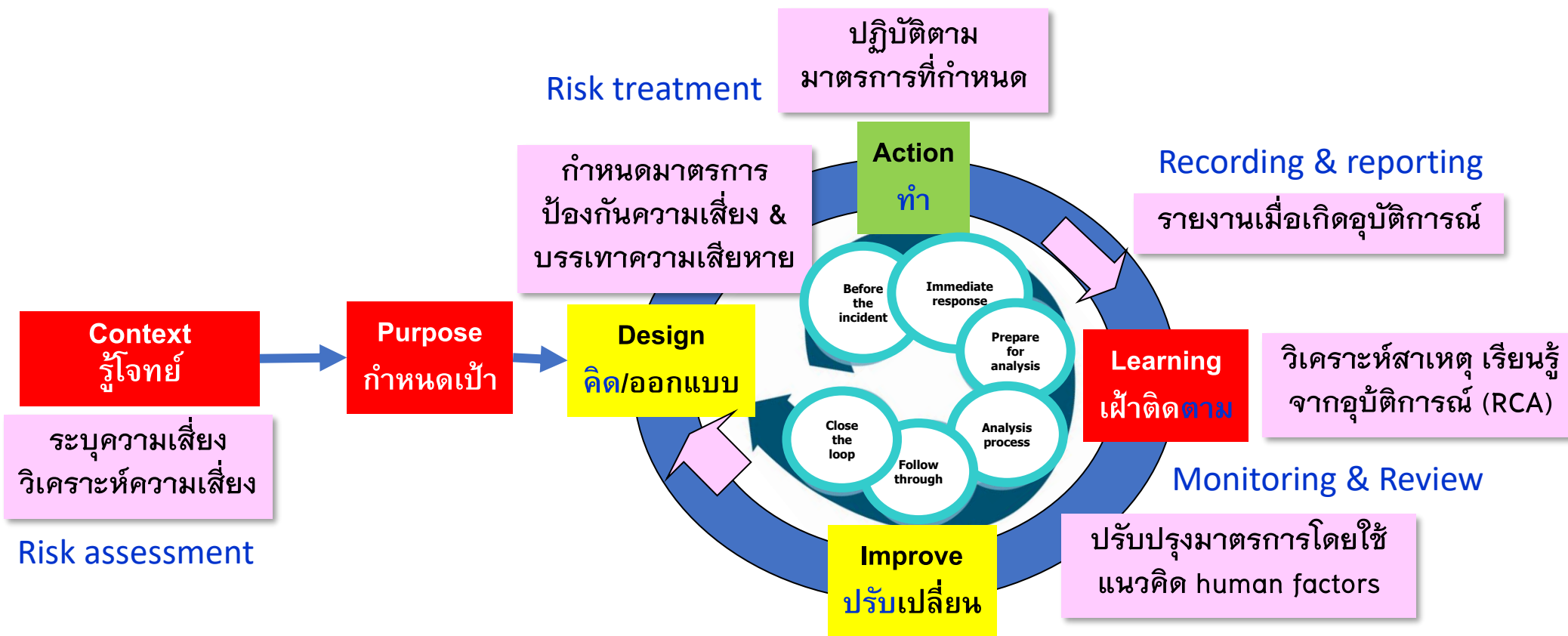
# กระบวนการบริหารความเสี่ยง



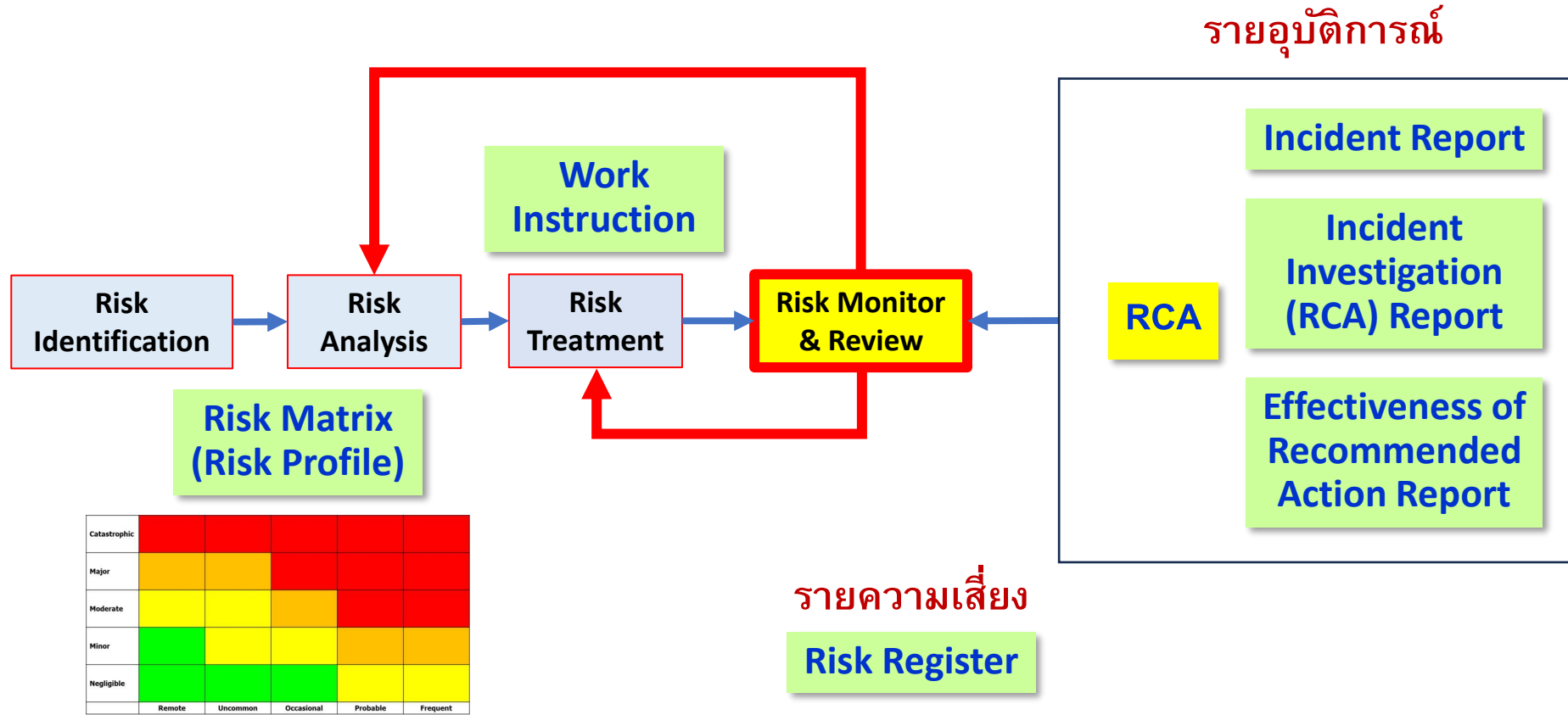
# กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)



# การประยุกต์ใช้ 3C – DALI กับการบริหารความเสี่ยง



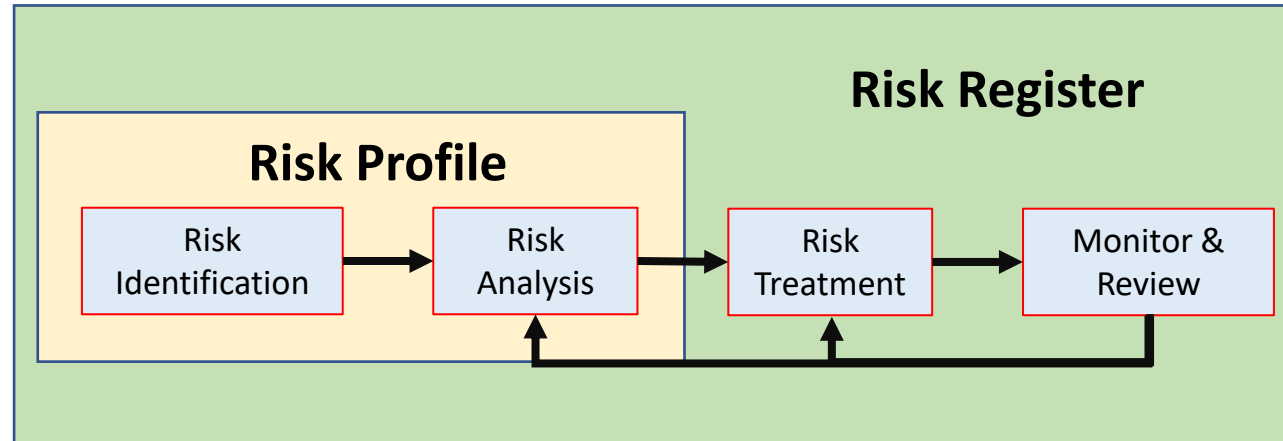
# เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ Risk Management & Incident Management



**Risk Register** คือเอกสารสรุปที่เป็นตัวเชื่อมต่อระหว่าง Risk Management & Incident Management

# 1. การระบุความเสี่ยง (Risk Identification)

# สรุปข้อกำหนดที่พึงปฏิบัติของกระบวนการบริหารความเสี่ยง



**Risk Identification**

ครอบคลุม กระชั้น ชัดเจน เห็นภาพรวม

**Risk Analysis**

ค่าประมาณได้ใกล้เคียง สะท้อนภาพรวม คงเส้น  
คงวาทั้งองค์กร

**Risk Treatment Plan**

เห็นออกแบบระบบ รัดกุม ได้ผล

**Risk Treatment Implement**

ตื่นตัว เตรียมพร้อม ค่อยกันบ่อย ๆ

**Monitor & Review**

สม่ำเสมอ เชื่อมโยง มีส่วนร่วม

**Communication**

สองทาง สม่ำเสมอ ชัดเจน ทั่วถึง



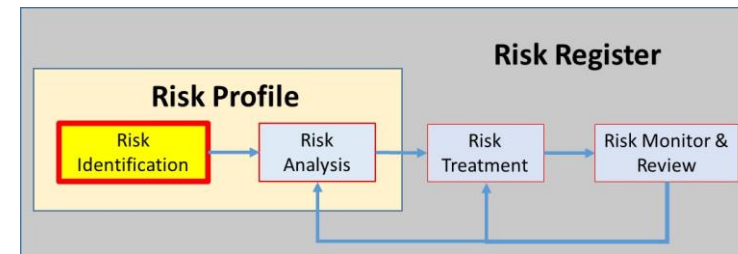
## การระบุความเสี่ยง (Risk Identification)

- เป็นกระบวนการในการ

- ค้นหา รับรู้ และพรรณนาความเสี่ยงที่สามารถมีผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร
- ระบุแหล่งของความเสี่ยงที่เป็นไปได้
- ระบุสาเหตุที่เป็นไปได้ และผลที่อาจเกิดขึ้น

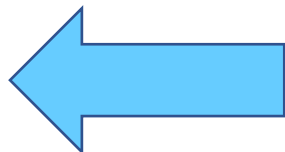
- สามารถใช้วิธีการต่อไปนี้

- ข้อมูลในอดีต (อุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น)
- การวิเคราะห์เชิงทฤษฎี (การทำ FMEA หรือการวิเคราะห์กระบวนการ)
- ความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ



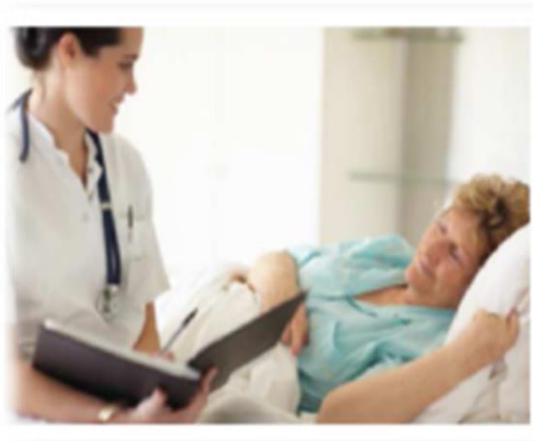
# การระบุความเสี่ยงทางคลินิก

Look backward



Analysis of incidents

- รายงานอุบัติการณ์
- การทบทวนคุณภาพ
- การทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ trigger tools



Look aside



Learn from others

- บทเรียนจาก รพ.อื่น
- Patient Safety Goals (SIMPLE)
- List of sentinel events

Look forward



Risk Analysis

- การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย
- การวิเคราะห์โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในแต่ละโรค
- การตามรอยการดูแลผู้ป่วย

# ความเสี่ยง กับ อุบัติการณ์

รายงานอุบัติการณ์  
การทบทวนคุณภาพ  
การทบทวนเวชระเบียน

ความเสี่ยงที่เคย  
วิเคราะห์ไว้

อุบัติการณ์ที่เคยเกิด

ของเรา ของคนอื่น

ปัจจุบัน

วิเคราะห์กระบวนการ  
คาดการณ์ภาวะแทรกซ้อน  
ตามรอย

ความเสี่ยงที่  
วิเคราะห์เพิ่มเติม

Look forward

ความเสี่ยงที่เคย  
วิเคราะห์ไว้

ความเสี่ยงที่มีโอกาส  
เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

Look backward

## การระบุความเสี่ยงทางคลินิก : วิเคราะห์ไปข้างหน้า (Look Forward)

พิจารณาจาก	ความเสี่ยงสำคัญ
โรค	
หัตถการ	
กระบวนการดูแลผู้ป่วย	
กระบวนการอื่นๆ	

**Diagnosis:** ผู้ป่วยโรคนี้อะไร

**Comorbid:** โรคร่วมนี้

**Investigation:** การตรวจนี้

**Procedure:** การทำหัตถการนี้

**Treatment:** การบำบัดนี้

**Process:** การดูแล/ทำงานขั้นตอนนี้

มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง

มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อะไรบ้าง

จะต้องระมัดระวังหรือใส่ใจอะไรเป็นพิเศษ

มีอะไรที่น่าห่วงกังวล

มีปัญหาอะไรที่พบบ่อย

มีโอกาที่จะไม่บรรลุเป้าหมายของการดูแลอะไร

มีโอกาที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนอะไร

# การระบุความเสี่ยงทางคลินิก : Learn from Others (Thai Patient Safety Goals 2019)

<b>S</b>	<b>Safe Surgery &amp; Invasive Procedure</b>	→ Surgical Safety Check list, SSI Prevention, Enhanced Recovery After Surgery, VTE Prevention , Safe Anesthesia, Safe Operating room (Safe Environment, Safe Surgical Instruments, Safe Surgical Process)
<b>I</b>	<b>Infection Prevention &amp; Control</b>	→ Hand Hygiene, Prevention of HAI (CAUTI, VAP, CLABSI) Isolation precaution, Control of MDRO
<b>M</b>	<b>Medication &amp; Blood Safety</b>	→ Safe from ADE: Safe from High Alert Drug, Safe from Preventable Adverse Drug Reactions, Safe from Fatal Drug Interaction, Safe from Medication Error: LASA & Medication Names, Safe from Using Medication, Medication Reconciliation, Rational Drug Use, Blood Transfusion Safety
<b>P</b>	<b>Patient Care Process</b>	→ Patients Identification, Reduction of Diagnostic errors, Refer and transfer safety, Communication: Effective Communication, Communication during Patient Care Handovers, Communicating Critical Test Results, Verbal or Telephone Order, Abbreviations, Acronyms, Symbols, & Dose designation) Preventing Common Complication: Pressure Sore, Fall, Pain Management: Pain Management in General, Acute Pain Management, Safe Prescribing Opioids for Chronic Non-Cancer Patients, Management for Cancer Pain and Palliative Care
<b>L</b>	<b>Line, Tubing, Catheter and Laboratory</b>	→ Catheter and Tubing Connection, and Flow Control, Right and Appropriate Laboratory Specimens and Testing
<b>E</b>	<b>Emergency Response</b>	→ Response to the Deteriorating Patient / RRT, Medical Emergency (Sepsis, Stroke, Acute Coronary Syndrome, Safety CPR), Stroke, Maternal & Neonatal Morbidity and Mortality (PPH, Safe labor at community hospitals Birth asphyxia), ER Safety

## การระบุความเสี่ยงทางคลินิก : Learn from Others (WHO Concern)

### patient safety situations causing most concern (WHO)

- ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication errors)
- การติดเชื้อเนื่องจากการบริการสุขภาพ (Health care-associated infections) 7-10% admission
- การผ่าตัดที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe surgical care procedures) up to 25%
- การฉีดยาที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe injections practices) transmit infections (HIV, hepatitis).
- ความคลาดเคลื่อนในกรวินิจฉัยโรค (Diagnostic errors) 5% OPD
- การให้เลือดที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe transfusion practices) 8.7 serious reactions:100,000 blood components
- ความผิดพลาดด้านรังสี (Radiation errors) overexposure, wrong-patient, wrong-site 15:10.000 treatment courses
- การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)
- ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (Venous thromboembolism)

## การระบุความเสี่ยงทางคลินิก : Learn from Others (Whole System Measure)

### Rate of Hospital-Acquire Condition

- Foreign object retained after surgery
- Air embolism
- **Blood incompatibility**
- Falls and trauma
- Manifestations of poor glycemic control
- **Catheter-associated urinary tract infection**
- **Vascular catheter-associated infection**
- **Surgical site infection, mediastinitis, following coronary artery bypass graft (CABG)**
- **Surgical site infection following certain orthopedic procedures**
- **Surgical site infection following cardiac implantable electronic device**
- Deep vein thrombosis/pulmonary embolism following certain orthopedic procedures
- Iatrogenic pneumothorax with venous catheterization

## การระบุความเสี่ยงทางคลินิก : Learn from Others (Whole System Measure)

### **Number of Serious Reportable Event (SREs) or Sentinel Events**

- **Surgical or invasive procedure events: wrong site, wrong patient, wrong procedure, retention of foreign object, peri-op death in ASA class-I**
- **Drug, product or device events -> patient death or serious injury**
- **Patient protection events: suicide, self-harm, disappearance, discharge to unauthorized person**
- **Care management events (med error, blood products, labor, fall, failure to communicate lab result) -> patient death or serious injury**
- **Environmental events (electric shock, burn, restraint/bedrail) -> patient or staff death**
- **Radiologic events -> death or serious injury**
- **Potential criminal events (abduction, sexual assault, death from physical assault)**



## Pitfall ของการระบุความเสี่ยง

**Pitfall 1: สับสนระหว่างอุบัติการณ์กับความเสี่ยง**

**Guideline:** คิดถึงความเสี่ยงในภาพรวม มิใช่เฉพาะเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง

**Pitfall 2: ระบุเฉพาะความเสี่ยงที่เคยเกิดเป็นอุบัติการณ์ขึ้นแล้ว**

**Guideline:** วิเคราะห์ความเสี่ยงทั้งที่เคยเกิด (จาก incident) และไม่เคยเกิด (ทำ FMEA)

**Pitfall 3: ให้นิยามความเสี่ยงไม่ชัดเจน**

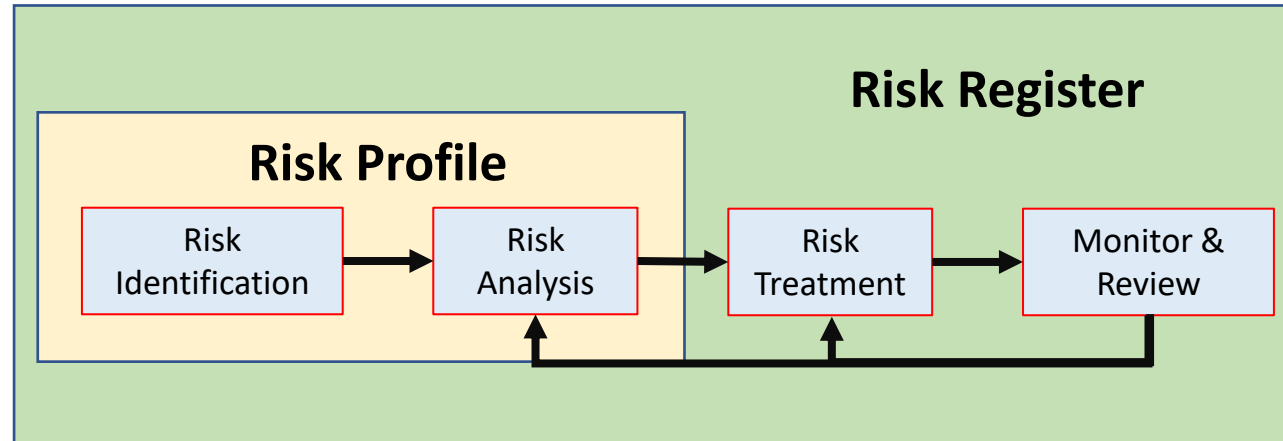
**Guideline:** ปรึกษานในทีมว่าแต่ละคนตีความหมายว่าอย่างไร ปรับความเข้าใจให้ตรงกัน อาจใช้นิยามมาตรฐานจากแหล่งที่น่าเชื่อถือเป็นจุดเริ่ม

# การแบ่งประเภทความเสี่ยง

Type of Risk / Risk Domain		ตัวอย่าง
Hazard Risk	ความเสี่ยงจากภาวะอันตราย	อัคคีภัย ภัยธรรมชาติ การทำร้ายร่างกาย ความชะงักงันทางธุรกิจ การบริหารอาคารสถานที่ที่ไม่เหมาะสม
Financial Risk	ความเสี่ยงด้านการเงิน	ผลประกอบการ รายได้ การรักษาที่ไม่อาจเก็บเงินได้ สภาพคล่อง ค่าใช้จ่ายจากการฟ้องร้อง
Strategic Risk	ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์	ชื่อเสียง ความไม่แน่นอนของปริมาณผู้รับบริการ แนวโน้มทางประชากรและสังคม การปรับตัว
Operational Risk	ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ	การจัดการอุบัติการณ์ การปฏิบัติที่เบี่ยงเบน การบำรุงรักษาเครื่องมือ/สถานที่ การจัดการห่วงโซ่อุปทาน การเสริมพลัง สารสนเทศ ปัญหาการดูแลผู้ป่วย (clinical risk)
Human Capital Risk	ความเสี่ยงด้านกำลังคน	การสรรหา การอํารงรักษา การขาดงาน อุบัติเหตุจากการทำงาน ความอ่อนล้าจากการทำงาน ผลิตภาพ พฤติกรรมรุนแรง ความยืดหยุ่นในการจัดอัตรากำลัง ความขาดแคลน กำลังคนที่อายุมากขึ้น ความสามารถ
Legal Risk	ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ	การไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย การฉ้อโกง ความรับผิดชอบบริการ การเบิกจ่ายเงินกองทุนประกันสุขภาพ
Technology Risk	ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยี	การทำผิดกฎหมายด้านสารสนเทศ การละเมิดผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ ซอฟต์แวร์ที่ไม่เข้ากัน ความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ การไม่ตอบสนองในเวลาที่เหมาะสม ความขาดแคลนบุคลากรด้าน IT

## 2. การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง (Risk Analysis & Evaluation)

# สรุปข้อกำหนดที่พึงปฏิบัติของกระบวนการบริหารความเสี่ยง



## **Risk Identification**

ครอบคลุม กระชั้น ชัดเจน เห็นภาพรวม

## **Risk Analysis**

ค่าประมาณได้ใกล้เคียง สะท้อนภาพรวม คงเส้น  
คงวาทั้งองค์กร

## **Risk Treatment Plan**

เห็นออกแบบระบบ รัดกุม ได้ผล

## **Risk Treatment Implement**

ตื่นตัว เตรียมพร้อม ค่อยกันบ่อย ๆ

## **Monitor & Review**

สม่ำเสมอ เชื่อมโยง มีส่วนร่วม

## **Communication**

สองทาง สม่ำเสมอ ชัดเจน ทั่วถึง

## การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis)

- เป็นกระบวนการในการ
  - ทำความเข้าใจธรรมชาติ แหล่งที่มา และสาเหตุของความเสี่ยง
  - ประเมินการระดับความเสี่ยง (risk level)
  - ศึกษาผลกระทบที่ตามมา
  - ตรวจสอบมาตรการควบคุมที่ใช้อยู่
- การประมาณการระดับความเสี่ยง โดยทั่วไปพิจารณาจาก
  - Likelihood โอกาสที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นอุบัติการณ์ (scale 1-5)
  - Consequence/Impact ผลกระทบที่ตามมาจากอุบัติการณ์ ระดับความรุนแรงหรืออันตราย (scale 1-5)
  - อาจพิจารณา Velocity ความเร็วที่เหตุการณ์ก่อให้เกิดผลกระทบ (scale 1-3)
  - โดยทั่วไปในบริการสุขภาพจะใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (Risk Matrix)

# Risk Matrix เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยง

<b>Catastrophic</b>					
<b>Major</b>	Consequence/ Impact				
<b>Moderate</b>					
<b>Minor</b>					
<b>Negligible</b>				Likelihood/ Probability	
	<b>Remote</b>	<b>Uncommon</b>	<b>Occasional</b>	<b>Probable</b>	<b>Frequent</b>

# Consequence

## Risk Matrix เพื่อการวิเคราะห์ Clinical Risk

อุบัติเหตุการนำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร	<b>Catastrophic</b>	<b>Discharge wrong baby</b>				
มีอันตราย/บาดเจ็บรุนแรง อาจทำให้สูญเสียอวัยวะหรือลดการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างถาวร	<b>Major</b>		<b>Sever drug allergy</b>		<b>X Drug allergy</b>	
อันตราย/บาดเจ็บปานกลาง ต้องรักษา, อาจสูญเสียหน้าที่ของร่างกายเล็กน้อยหรือชั่วคราว	<b>Moderate</b>			<b>Drug allergy</b>		
อันตราย/บาดเจ็บเล็กน้อย สามารถแก้ไขได้โดยง่าย อาจทำให้ต้องนอน รพ. นานขึ้น	<b>Minor</b>	<b>No mathematic calculation</b>			<b>Minor drug allergy</b>	
อันตราย/บาดเจ็บเล็กน้อย, หรือสิ่งที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	<b>Negligible</b>					
		<b>Remote</b>	<b>Uncommon</b>	<b>Occasional</b>	<b>Probable</b>	<b>Frequent</b>
	NHS UK	ยากที่จะเกิด	เกิดได้ทุกปี	เกิดได้ทุกเดือน	เกิดได้ทุกสัปดาห์	เกิดได้ทุกวัน
	อัตรา	Much less	Less	Average range	More	Much more

**Likelihood**

## แนวทางการวิเคราะห์ Consequence

- ศึกษาการกำหนด scale ที่มีผู้จัดทำไว้ แล้วปรับใช้ให้เข้ากับบริบท
- การกำหนด scale สำหรับความเสี่ยงแต่ละประเภทอาจแตกต่างกัน (ดูตัวอย่างของ NHS Scotland)
- เนื่องจากเป็นผลกระทบที่จะตามมาในอนาคต จึงเป็นเพียงการคาดการณ์สิ่งที่เป็นไปได้มากที่สุด ไม่เหมือนกับกรรายงานอุบัติการณ์ที่จะต้องระบุให้ถูกต้องแน่นอน
- มีความเป็นไปได้ที่จะมีความรุนแรงของ consequence หลายระดับ ควรพิจารณาให้สมดุลระหว่างความรุนแรงที่มีโอกาสเกิดบ่อยๆ และที่รุนแรงมากที่สุด
- หากจำเป็น อาจจำแนกความเสี่ยงที่มี consequence ที่แตกต่างกันออกจากกัน แม้จะเป็นเรื่องเดียวกัน



# Scale for Consequence

Descriptor	Negligible (1)	Minor (2)	Moderate (3)	Major (4)	Extreme (5)
ประสบการณ์ผู้ป่วย	คุณภาพของประสบการณ์ผู้ป่วยหรือผลลัพธ์ทางคลินิกที่ลดลงไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้บริการ	มีประสบการณ์ผู้ป่วยหรือผลลัพธ์ทางคลินิกที่น่าพึงพอใจเล็กน้อย readily resolvable	มีประสบการณ์ผู้ป่วยหรือผลลัพธ์ทางคลินิกที่น่าพึงพอใจซึ่งมีผลระยะสั้น recover ภายใน 1 สัปดาห์	มีประสบการณ์ผู้ป่วยหรือผลลัพธ์ทางคลินิกที่น่าพึงพอใจซึ่งมีผลระยะยาว ใช้เวลามากกว่า 1 สัปดาห์จึงจะ recover	มีประสบการณ์ผู้ป่วยหรือผลลัพธ์ทางคลินิกที่น่าพึงพอใจ มีผลต่อเนื่องระยะยาว
วัตถุประสงค์/โครงการ	แทบสังเกตไม่เห็นการลดลงของขอบเขตคุณภาพ หรือกำหนดการ	มีการลดลงของขอบเขตคุณภาพ หรือกำหนดการเล็กน้อย	มีการลดลงของขอบเขตหรือคุณภาพของโครงการ วัตถุประสงค์หรือกำหนดการ	มีการทำงานของโครงการล่าช้าอย่างมีนัยยะสำคัญ	ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ องค์การเสียชื่อเสียงอย่างมาก
การบาดเจ็บ (ร่างกายและจิตใจ) ต่อผู้ป่วย/ญาติ/เจ้าหน้าที่	มีการบาดเจ็บน้อยมาก ไม่ต้องการปฐมพยาบาล	มีการบาดเจ็บเล็กน้อย ต้องให้การปฐมพยาบาล	มีการบาดเจ็บปานกลาง ต้องให้การรักษาพยาบาลหรือคำปรึกษา ต้องรายงานเจ้าหน้าที่ตำรวจ (หากมีการทำร้ายร่างกายหรือการกระทำรุนแรง)	มีการบาดเจ็บมาก อาจมีการสูญเสียสมรรถภาพชั่วคราว ต้องได้รับการรักษาพยาบาลหรือคำปรึกษา	เสียชีวิตหรือพิการถาวร
ผลการตรวจสอบ	มีข้อเสนอแนะจำนวนน้อย เป็นประเด็นการพัฒนาคคุณภาพเรื่องเล็กๆ	มีข้อเสนอแนะที่สามารถจัดการได้โดยผู้บริหารระดับต้น	มีข้อเสนอที่ท้าทายซึ่งต้องการแผนปฏิบัติการที่เหมาะสม	ต้องมีปฏิบัติการภาคบังคับ (enforcement action) คะแนน rating ต่ำ เป็น critical report	มีการดำเนินคดีตามกฎหมาย คะแนน rating เป็น 0 เป็น severely critical report

Descriptor	Negligible	Minor	Moderate	Major	Extreme
<b>คำร้องเรียน/ การชดเชย</b>	มีการร้องเรียนด้วยวาจา ซึ่งเจรจายุติได้	มีคำร้องเรียนเป็นลายลักษณ์ อักษร ไม่เกี่ยวข้องกับการ ดูแลทางคลินิกโดยตรง	มีคำร้องเรียนเกี่ยวกับขาดการ ดูแลที่เหมาะสมที่รับฟังได้ การ เรียกร้องค่าชดเชยในวงเงินที่ คุ้มครอง	มีคำร้องเรียนเกี่ยวกับขาดการ ดูแลที่เหมาะสมหลายเรื่อง การเรียกร้องค่าชดเชยเกิน วงเงินที่คุ้มครอง	มีคำร้องเรียนที่เป็นเรื่อง ซับซ้อน มีการเรียกร้อง ค่าชดเชยหลายครั้ง หรือ จำนวนมาก
<b>การหยุดชะงัก บริการ</b>	หยุดชะงักในบริการที่ไม่ มีผลต่อการให้บริการ ผู้ป่วย	มีการหยุดชะงักที่มีผลต่อ การบริการผู้ป่วยเล็กน้อย ในช่วงเวลาสั้นๆ	มีการหยุดชะงักบริการที่มีผล ต่อการดูแลผู้ป่วยซึ่งยอมรับ ไม่ได้ ต้องหยุดให้บริการ ชั่วคราว	มีการหยุดชะงักบริการที่มีผล รุนแรงต่อการดูแลผู้ป่วย ต้อง นำแผนสำรองฉุกเฉินมาใช้	สูญเสียการทำหน้าที่หลัก อย่างถาวร การหยุดชะงัก นำไปสู่ผลกระทบด้านอื่นที่ รุนแรง
<b>เจ้าหน้าที่และ ความสามารถ</b>	ขาดแคลนกำลังคน ชั่วคราว (<1 วัน) ไม่มีผล ต่อการดูแลผู้ป่วย	มีความผิดพลาดเล็กน้อย เนื่องจากการฝึกอบรมที่ไม่ดี พอ	การบรรลุวัตถุประสงค์/บริการ ล่าช้าเนื่องจากขาดเจ้าหน้าที่ มี ความผิดพลาดปานกลาง เนื่องจากการฝึกอบรมที่ไม่ดีพอ มีปัญหาเรื่องกำลังคนต่อเนื่อง	การบรรลุวัตถุประสงค์/ บริการมีความไม่แน่นอน เนื่องจากขาดกำลังคน มีความ ผิดพลาดสำคัญเนื่องจากการ ฝึกอบรมที่ไม่ดีพอ	ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์/ บริการ เนื่องจากขาดกำลังคน มีความผิดพลาดที่รุนแรงมาก เนื่องจากการฝึกอบรมที่ไม่ดี
<b>การเงิน</b>	ความเสียหายทางการเงิน เงินน้อยมาก (เช่น <1,000 บาท)	ความเสียหายทางการเงิน น้อย (เช่น 1,000–10,000 บาท)	ความเสียหายทางการเงินปาน กลาง (เช่น 10,000–100,000 บาท)	ความเสียหายทางการเงินมาก (เช่น 100,000–1,000,000 บาท)	ความเสียหายทางการเงิน รุนแรงมาก (เช่น มากกว่า 1 ล้านบาท)
<b>ชื่อเสียงต่อ องค์กร</b>	คำเล่าลือ ไม่มีข่าวใน สื่อมวลชน ไม่มีผลต่อ ขวัญกำลังใจของ เจ้าหน้าที่	มีข่าวในหน้าสื่อมวลชน ท้องถิ่นบ้างในช่วงสั้นๆ มี ผลกระทบต่อขวัญกำลังใจ ของเจ้าหน้าที่เล็กน้อย	มีข่าวในหน้าสื่อมวลชนท้องถิ่น ต่อเนื่อง มีผลต่อขวัญกำลังใจ และการรับรู้ของสาธารณะ พอสมควร	มีข่าวในหน้าสื่อมวลชน ระดับชาติ น้อยกว่า 3 วัน ความเชื่อมั่นของสาธารณะ สั้นคลอน	มีข่าวในหน้าสื่อมวลชน ระดับชาติหรือนานาชาติ มากกว่า 3 วัน, เป็นที่สนใจ ของฝ่ายการเมือง, court enforcement

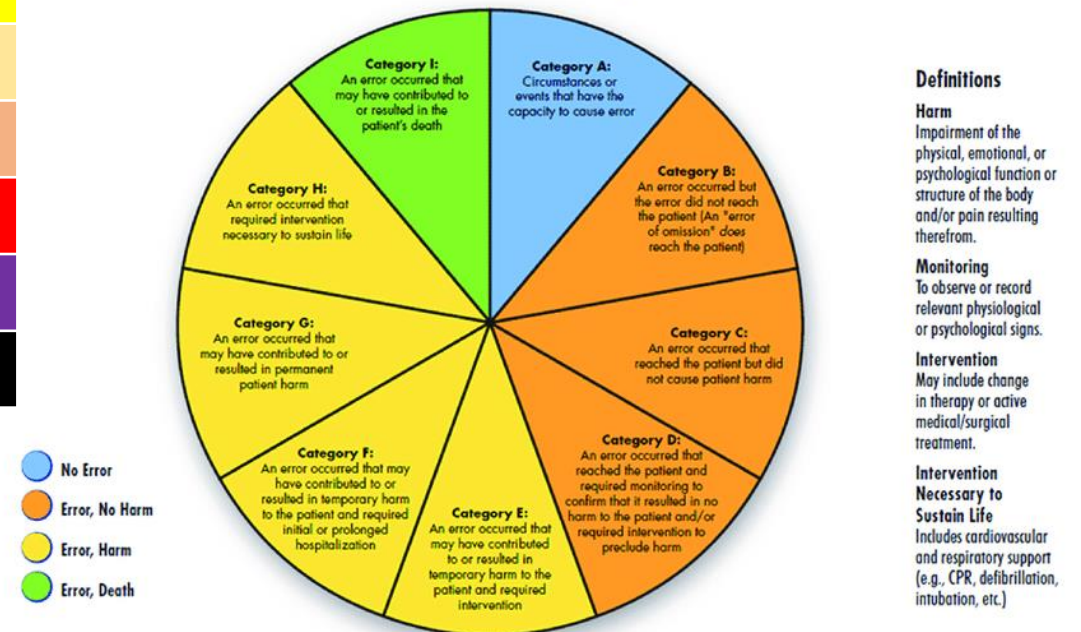
# Application of NCC MERP Index for Risk Analysis

CPSI/WHO	NCC MERP Index		
	A	Capacity to cause error	
Near miss	B	Not reach the patient	
No harm incident	C	Reach, no harm	1
	D	Require monitoring	1
Harmful incident	E	Require intervention	2
	F	Require hospitalization	3
	G	Permanent harm	4
	H	Intervention to sustain life	5
	I	Death	5



วิเคราะห์ potential harm ว่าถ้าถึงตัวผู้ป่วยจะอันตรายระดับใด

NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors



NCC MERP = National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention

# Risk Level ใช้กำหนดความเข้มข้นของการป้องกันและความถี่ของการทบทวน

Catastrophic					
Major					
Moderate					
Minor					
Negligible					
	Remote	Uncommon	Occasional	Probable	Frequent

## Extreme risk (red)

- ต้องมีการตอบสนองอย่างเร่งด่วน
- ใช้มาตรการป้องกันที่เป็น stronger action
- ผู้นำระดับสูงรับทราบ
- ทบทวนทุกครั้งที่เกิดเหตุ หรืออย่างน้อยทุก 3 เดือน

## High risk (orange)

- มีการตอบสนองเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้
- ใช้มาตรการป้องกันที่เป็น stronger action
- ทบทวนทุก 3 เดือน

## Low risk (green)

- ใช้การป้องกันที่ทำได้ง่ายและรวดเร็ว (quick, easy measures)
- ทบทวนมาตรการป้องกันทุกปี

## Moderate risk (yellow)

- มีการตอบสนองในเวลาที่เหมาะสม
- ใช้มาตรการป้องกันที่เป็น intermediate หรือ stronger action
- ทบทวนมาตรการป้องกันทุก 6 เดือน

## Pitfall ของการวิเคราะห์ความเสี่ยง

**Pitfall 1: ไม่เข้าใจความไม่แน่นอนของความรุนแรง**

**Guideline:** ให้ดูความเป็นไปได้ในภาพรวม เป็นเรื่องของการคาดการณ์

**Pitfall 2: ให้ค่าระดับความเสี่ยงต่ำมากสำหรับความเสี่ยงที่ไม่เคยเกิดขึ้น**

**Guideline:** ให้ความสำคัญกับผลกระทบหากเกิดเหตุการณ์ขึ้น แม้ไม่เคยเกิด ก็ต้องเข้มงวดในเรื่องมาตรการป้องกัน

**Pitfall 3: พยายามใช้เกณฑ์ที่ผู้อื่นกำหนด**

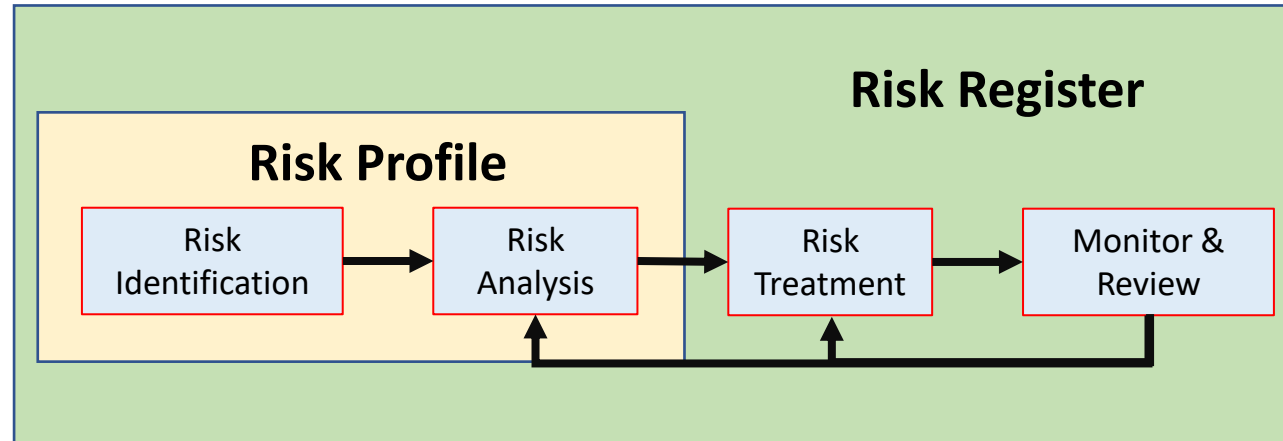
**Guideline:** การให้น้ำหนักโอกาสเกิด (likelihood) เป็นเรื่องของการเปรียบเทียบภายในองค์กรเอง ควรนำข้อมูลจำนวนหรืออัตราที่เคยเกิดขึ้นของความเสียหายแต่ละตัวมาเปรียบเทียบ

**Pitfall 4: ใช้เวลาในขั้นตอนนี้มากเกินไป**

**Guideline:** ประมาณ Risk Level เป็นสีเขียว เหลือง ส้ม แดง มาใช้งานก่อน

## 3.1 การทำแผนรับมือความเสี่ยง (Risk Treatment Plan)

# สรุปข้อกำหนดที่พึงปฏิบัติของกระบวนการบริหารความเสี่ยง



**Risk Identification**

ครอบคลุม กระชับ ชัดเจน เห็นภาพรวม

**Risk Analysis**

ค่าประมาณได้ใกล้เคียง สะท้อนภาพรวม คงเส้น  
คงวาทั้งองค์กร

**Risk Treatment Plan**

เห็นออกแบบระบบ รัดกุม ได้ผล

**Risk Treatment Implement**

ตื่นตัว เตรียมพร้อม ค่อยกันบ่อย ๆ

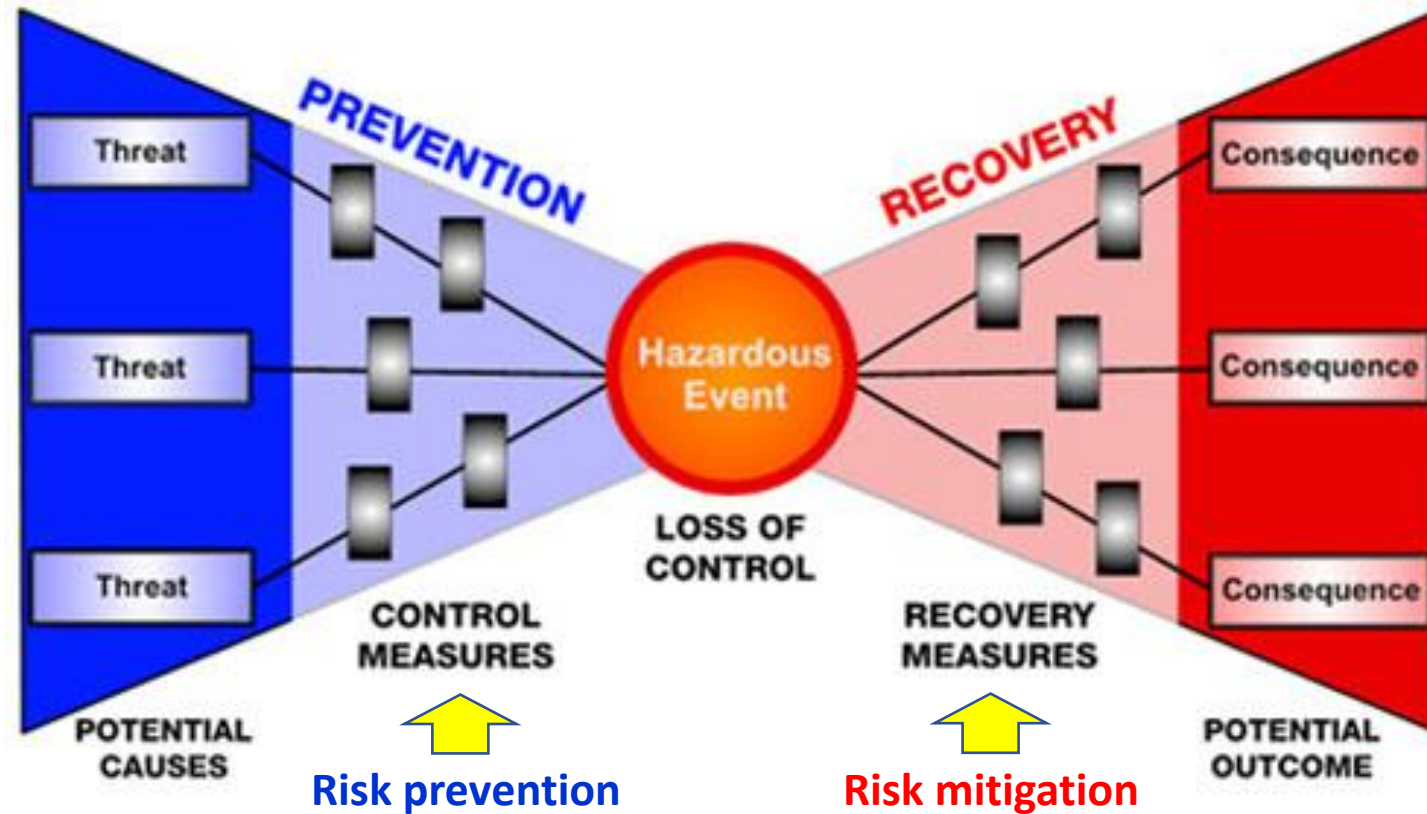
**Monitor & Review**

สม่ำเสมอ เชื่อมโยง มีส่วนร่วม

**Communication**

สองทาง สม่ำเสมอ ชัดเจน ทั่วถึง

# การรับมือความเสี่ยง (Risk Treatment) ด้วยมาตรการป้องกันและบรรเทา

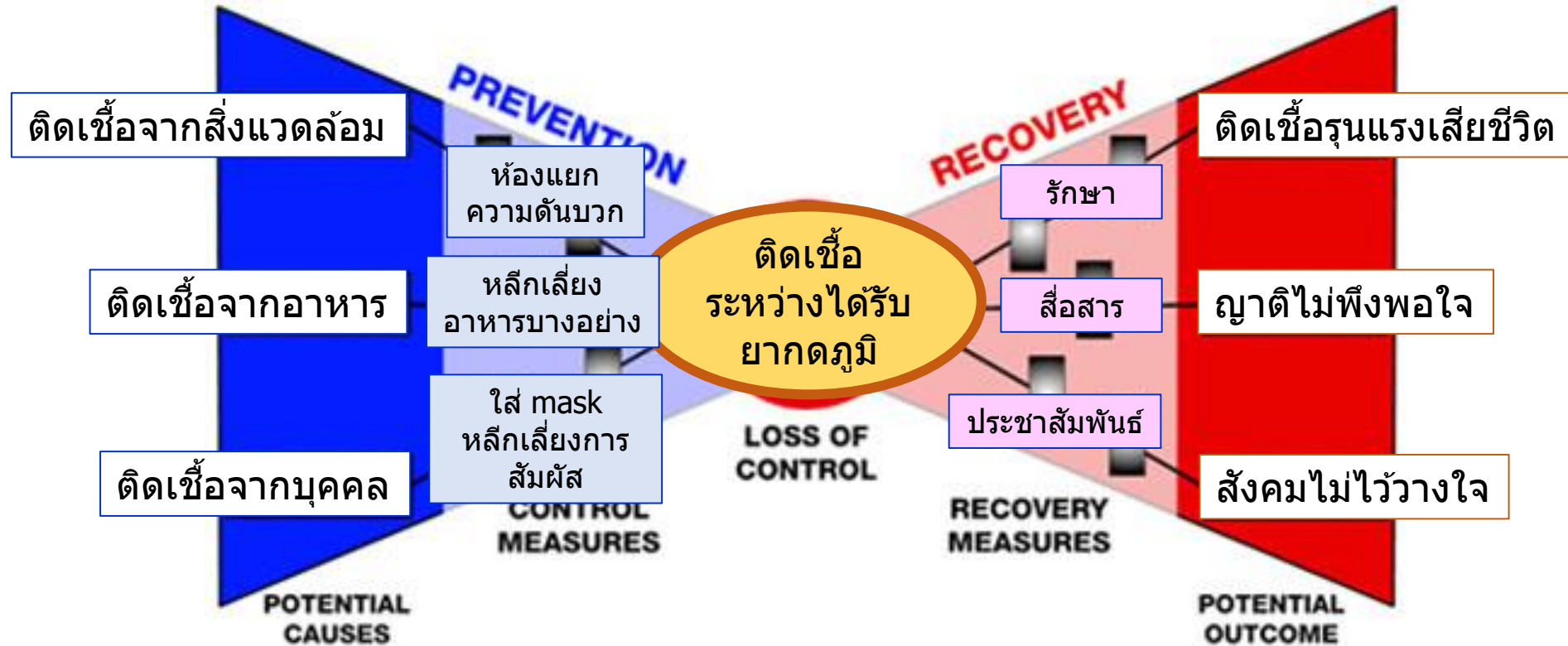


**Risk prevention**  
จะป้องกันหรือลด  
โอกาสเกิด  
อุบัติเหตุอย่างไร

**Risk mitigation**  
จะบรรเทาความรุนแรงของ  
ความเสียหายเมื่อเกิด  
อุบัติเหตุแล้วอย่างไร



# การรับมือความเสี่ยง (Risk Treatment) ด้วยมาตรการป้องกันและบรรเทา



## Mitigation การบรรเทาความเสียหาย/การฟื้นฟูสภาพ

### Mitigation

นโยบายการอธิบาย ขอโทษ และช่วยเหลือผู้เสียหาย

การตอบสนองอย่างเร่งด่วนต่อ physical harm

การช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

การช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ (ทางการ/เพื่อนช่วยเพื่อน)

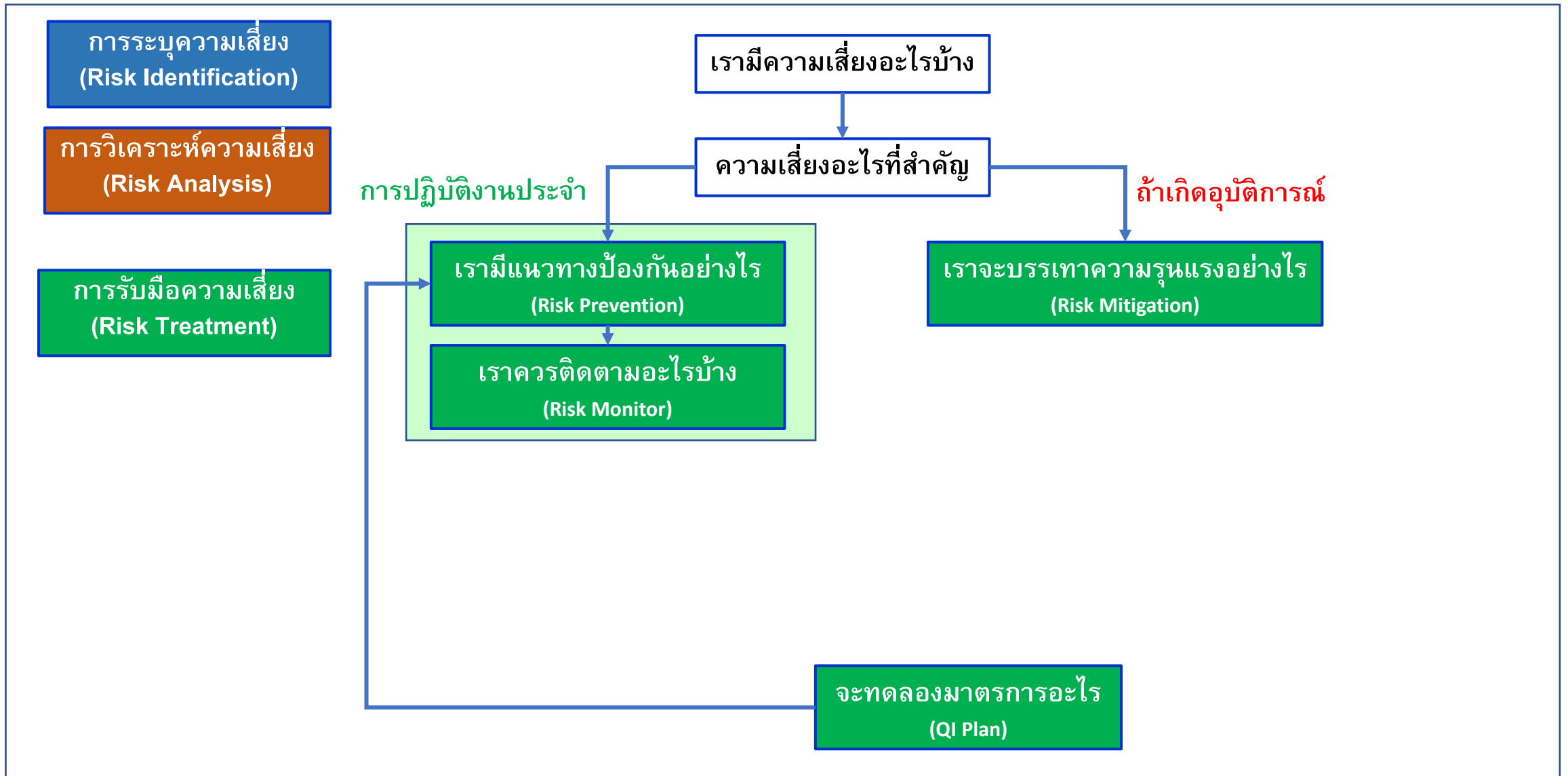
การทำประกัน

การตอบสนองคำร้องเรียนในเชิงรุก

การตอบสนองต่อสื่อในเชิงรุก

การเจรจากับผู้ควบคุม

# การรับมือความเสี่ยง



## Pitfall ของการวางแผนรับมือความเสี่ยง

**Pitfall 1: Risk Prevention** ใส่กิจกรรมทั่วไปจนรังรองไม่เกิดประโยชน์

**Guideline:** ระบุเฉพาะมาตรการสำคัญโดยสรุปเพื่อป้องกันความเสี่ยง เอาไว้ทบทวนว่า มาตรการนั้นเพียงพอหรือไม่

**Pitfall 2: Risk Monitoring** ไม่รู้ว่าอะไรจะระบุอะไร

**Guideline:** การ monitor แนวโน้มของอุบัติการณ์จะใส่หรือไม่ก็ได้ ควรให้ความสำคัญกับการ monitor compliance หรือปัจจัยที่ทำให้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

**Pitfall 3: Risk Mitigation** เขียนไม่ต่างจาก Risk Prevention

**Guideline:** ให้นำถึงสิ่งที่ต้องปฏิบัติเพื่อเกิดอุบัติการณ์ เพื่อบรรเทาความรุนแรง

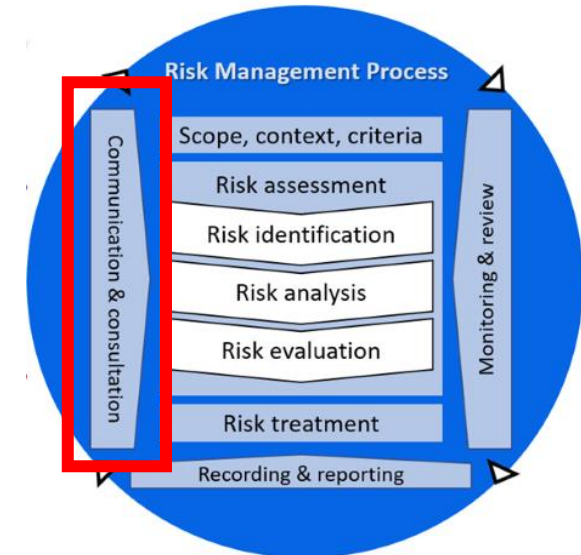
**Pitfall 4: Quality Improvement Plan** ขาดความเฉพาะเจาะจง

**Guideline:** ให้นำถึงว่าจะทดลองมาตรการป้องกันใหม่ ๆ อะไร

## 3.2 การนำแผนรับมือความเสี่ยงไปปฏิบัติ (Implementation of Risk Treatment Plan)

## บทบาทหน้าที่ของ Risk Owner ในการสื่อสารและปรึกษาหารือ

- การเข้าถึงข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์และผลการทำ RCA/incident analysis รวมทั้งการทดลองทางเลือกที่กำลังดำเนินการ
- การพูดคุยกับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง
  - การเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง จำเป็น และเป็นปัจจุบัน
  - ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่องค์กรกำหนด
  - ข้อเสนอแนะจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน
- การปรึกษาหารือกับคณะกรรมการหรือผู้มีอำนาจหน้าที่
  - ทบทวนและปรับปรุงมาตรการป้องกันความเสี่ยงจากข้อมูลที่ได้รับทั้งจากผู้ปฏิบัติงานและการทำ RCA/incident investigation
  - ประมวลผลแผนและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่กำลังเกิดขึ้นในเรื่องนั้นๆ และติดตามข้อสรุป



## การนำแผนรับมือความเสี่ยงไปปฏิบัติ (Implementing Risk Treatment Plan)

หัวหน้าหน่วยงานมีหน้าที่สำคัญในการทำให้มีการนำ Risk Treatment Plan หรือ แนวทางการป้องกันความเสี่ยง หรือการควบคุมความเสี่ยงไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้

- ใช้ **Risk Matrix** ที่ครอบคลุมความเสี่ยงสำคัญทั้งหมดของหน่วยงานสร้างความตระหนักแก่ผู้ปฏิบัติงาน
- ติดตามการ update ข้อมูลใน **Risk Register** ที่เกี่ยวข้อง และใช้ Risk Register เพื่อเป็น reminder ขับเคลื่อนการบริหารความเสี่ยงที่หน่วยงานเป็น risk owner
- ทำให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าถึง **แนวทางปฏิบัติ (SOP หรือ WI)** ที่เกี่ยวข้องและเป็นปัจจุบัน
- **สร้างความตระหนัก** ของทีมเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง: คาดการณ์ เตรียมพร้อม ตาดู หูฟัง
- ใช้ **Before Action Review** และ **After Action Review** เป็นปกติประจำ
- **ตามรอย** ที่หน้างานเพื่อรับรู้ปัญหาการปฏิบัติ และตอบสนองอย่างเหมาะสม
- ติดตาม **risk indicator** เพื่อรับรู้โอกาสเกิดความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น
- **สร้างการเรียนรู้** จาก all spectrum of quality: learning from excellence, learning when nothing happen, learning from incident
- **ดูแลให้มีการรายงานอุบัติการณ์** และทำ **RCA/incident analysis** ตามแนวทางที่องค์กรกำหนด

## ทำคู่มือเป็นหลักประกันความคงเส้นคงวา

### ผลของการออกแบบ (มาตรฐานการปฏิบัติงาน)

- ระบุขั้นตอนการปฏิบัติ: ใคร ทำอะไร อย่างไร
- ระบุเงื่อนไขการปฏิบัติ ว่าถ้ามีทางเลือกในการปฏิบัติ จะใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินใจ
- ถ้ามีความเสี่ยงสำคัญ ให้พิจารณาว่าจะป้องกันอย่างไร
- ระบุว่าในสถานการณ์ที่แตกต่างไปจากปกติหรือเกิดเหตุไม่คาดฝัน จะมีแนวทางใช้ดุลยพินิจอย่างไร
- ระบุการมี feedback loop ระหว่างขั้นตอนสำคัญเพื่อให้มั่นใจว่ามีการส่งต่อระหว่างขั้นตอนตามที่คาดหวังไว้
- ระบุข้อมูลที่จะต้องมีการติดตาม (monitor)



# สร้างความตระหนักเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง

## 2 คาดการณ์ (Preoccupy with failure)

ตื่นรู้ในทุกสถานการณ์ว่ามีความเสี่ยงอะไรที่สามารถเกิดขึ้นได้



ครุ่นคิด เมา nearmiss มาเป็นโอกาสพัฒนา



ไวต่อการรับรู้สถานการณ์รอบด้าน



เคารพข้อมูลของผู้รู้ลึกในเรื่องนั้น



พร้อมรับมือความเสี่ยงทุกสถานการณ์



ยอมรับว่าซับซ้อน ไม่ด่วนเอาง่ายเข้าว่า

## 4 ตาดู (ต่อมเอ๊ะ) (Sensitivity to operation)

มองหาสิ่งผิดปกติรอบตัว ไวต่อการรับรู้สถานการณ์รอบด้าน เรียนรู้จากผู้อาวุโส



## 5 หูฟัง (Deference to expertise)

ให้เกียรติและรับฟังเสียงของทุกคน เคารพข้อมูลของผู้รู้ลึกในเรื่องนั้น จัดระบบให้ผู้คนทักท้วงกันได้

## 3 เตรียมพร้อม (Resilience)

ไม่ประมาท เตรียมพร้อมรับมือในทุกสถานการณ์ ด้วยคน เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ สถานที่ มาท่าไหนรับมือได้หมด

## 1 ไคร้ครวญ (Reluctance to Simplify)

เข้าใจความซับซ้อน มองความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ อย่างเชื่อมโยง ไม่สรุปผลแบบง่ายๆ เชิงเส้นตรง

# Before and After Action Review

## Before Action Review

- ผลลัพธ์ที่คาดหวังคืออะไร
- ความสำเร็จมีหน้าตาอย่างไร
- เราอาจพบความท้าทายอะไร
- เราได้เรียนรู้อะไรจากเหตุการณ์ทำนองนี้มาแล้ว
- อะไรที่จะทำให้เราสำเร็จ
- เราจะทำ AAR เมื่อไร



"bookends"  
to a piece of action

## After Action Review

- ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้คืออะไร
- ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคืออะไร
- อะไรเป็นเหตุให้ได้ผลลัพธ์อย่างนั้น
- เราจะอ้างหรือปรับปรุงอะไร
- โอกาสที่จะทดสอบสิ่งที่เรียนรู้ในครั้งต่อไปคืออะไร
- เราจะทำ BAR ครั้งต่อไปเมื่อไร

### Before Action Review

- ทำให้ทุกคนมีความเข้าใจตรงกันว่า
  - ต้องการบรรลุความสำเร็จอะไร
  - จะรับรู้ความสำเร็จได้อย่างไร
- ทุกคนที่มีส่วนต่อความสำเร็จ ร่วมคิดอย่างแข็งขันว่า
  - จะทำให้สำเร็จได้อย่างไร
  - คาดการณ์ความท้าทาย
  - ใช้ประโยชน์จากบทเรียนและแนวคิดดีๆ ในอดีต
- เหมือนทีมนักกีฬาสูมหักันก่อนลงแข่ง

### After Action Review

- ช่วยให้ทีมทดสอบและปรับแต่งความคิดและการกระทำของตนแบบ real-time และ consciously โดยใช้ผลลัพธ์จริง เป็น guide
- ขอให้ทีมสะท้อนอย่างจริงใจต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เปรียบเทียบกับที่ตั้งใจไว้ พุดคุยกันว่าอะไรก่อให้เกิดผลลัพธ์ดังกล่าว (ทั้งข่าวดีและข่าวร้าย) เพื่อว่าจะได้ทำให้ดีขึ้นในรอบต่อไป

## การตามรอยที่หน้างาน

- **แนวทางการตามรอยและการปรับปรุง**

- ทำความเข้าใจเป้าหมาย ประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงของกระบวนการในชั้นต่อนั้น
- จำเป็นต้องมีคู่มือหรือไม่? ถ้าจำเป็น มีคู่มือหรือไม่? **ถ้าไม่มี -> ร่วมกันจัดทำคู่มือ**
- คู่มือมีคุณภาพหรือไม่? ครบถ้วน กระชับ เข้าใจง่าย เข้าถึงง่าย หรือไม่? **ถ้าไม่ -> ร่วมกันปรับปรุงคู่มือ**
- มีการปฏิบัติตามคู่มือหรือไม่? ตรงไหน ผู้ป่วยกลุ่มไหน สถานการณ์ใดที่ปฏิบัติไม่ได้ **-> ปรับจูนเข้าหากัน (reconcile)**
- มี knowledge-practice gap หรือไม่ (การปฏิบัติไม่ update ตามหลักฐานวิชาการที่เปลี่ยนไป)? **ถ้ามี -> ปรับปรุงคู่มือและฝึกอบรม**
- ถ้าต้องใช้ดุลยพินิจให้เหมาะสมกับผู้ป่วย มีแนวทางหรือหลักเกณฑ์ระบุไว้หรือไม่? **ถ้าไม่มี -> ร่วมกันกำหนด**
- มีแนวทางสำหรับสถานการณ์ที่ยากผิดไปจากปกติหรือไม่คาดฝันหรือไม่? **ถ้าไม่มี -> ร่วมกันจัดทำ**

# Learning from Excellence

**Learning from Excellence (LfE)** คือระบบรายงานเมื่อมีการปฏิบัติที่ดี หรือสิ่งต่างๆ ดำเนินการไปด้วยดี

- เมื่อรู้สึกประทับใจในการทำงานของเพื่อนร่วมงาน
- เมื่อมีการปฏิบัติงานดีเป็นพิเศษ เหนือกว่าที่คาดหวังตามบทบาทปกติ หรือใช้นวัตกรรม
- มีความยอดเยี่ยมในการทำงานเป็นทีม การสอน การสื่อสารกับผู้ป่วย/ญาติ/เพื่อนร่วมงาน
- การนำ protocol, guideline, SOP สู่งานปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว ภายใต้สิ่งแวดล้อมและภาระงานที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งจะต้องมีการปรับให้เข้ากับความไม่แน่นอนต่างๆ

อาจมองว่าการรายงานนี้เป็นทั้งข้อตรงข้ามและสิ่งที่เสริมกับระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่ใช้กันอยู่

**เมื่อรายงานแล้วมีอะไรเกิดขึ้น**

- ส่งสำเนารายงานให้ Patient Safety Team และ/หรือ ผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่มีชื่อในรายงาน
- ผู้รายงานจะได้รับจดหมายขอบคุณ
- การทบทวนรายงานเพื่อพิจารณาว่าจะมีการแบ่งปันบทเรียนอย่างไร รวมถึงการทำ mini AI (Appreciative Inquiry)

# Learning When Nothing Happen

นำเหตุการณ์ประจำวันมาพิจารณา

- **Variety of Situation**

- สถานการณ์หรือภาระงานที่แตกต่างกันมีอะไรบ้าง
- มีสิ่งที่ไม่คาดฝัน การปรับแผน การเลื่อนงาน การขอความช่วยเหลือ อะไรที่เคยเกิด
- จะเตรียมรับมือกับแต่ละสถานการณ์อย่างไร

- **Practice variation**

- มีความเข้าใจหรือการตีความหมายข้อมูลที่แตกต่างกันอย่างไร
- มีกาปฏิบัติที่แตกต่างกันอย่างไร
- จะลดความแตกต่างดังกล่าวได้อย่างไร

- **Roadblock, obstacle, risk**

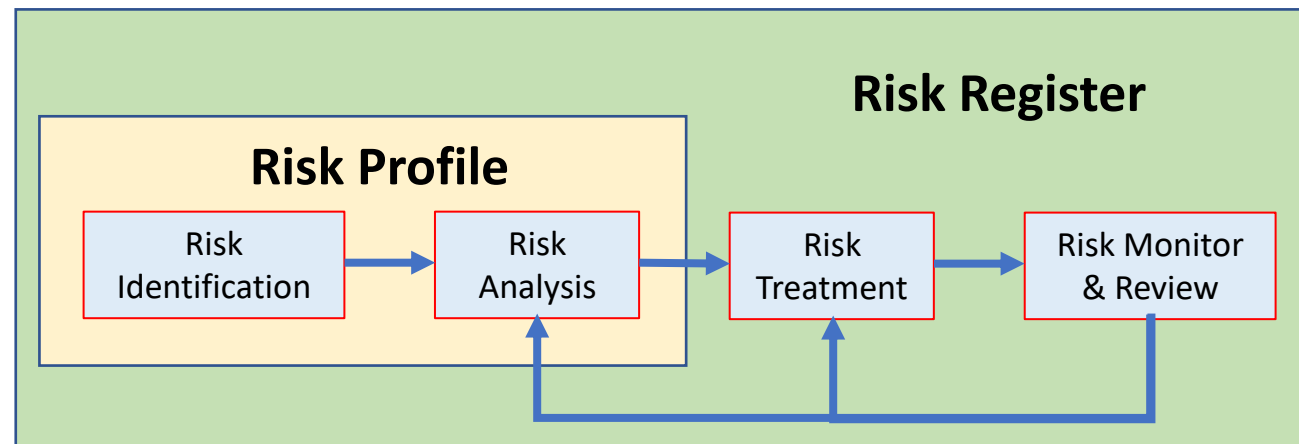
- มีปัจจัยอะไรที่เป็นอุปสรรคให้ไม่บรรลุเป้าหมายหรือคุณค่าที่ต้องการ
- จะจัดการกับปัจจัยดังกล่าวอย่างไร

## 4. การติดตามและทบทวนความเสี่ยง (Risk Monitor & Review)

# Risk Profile & Risk Register

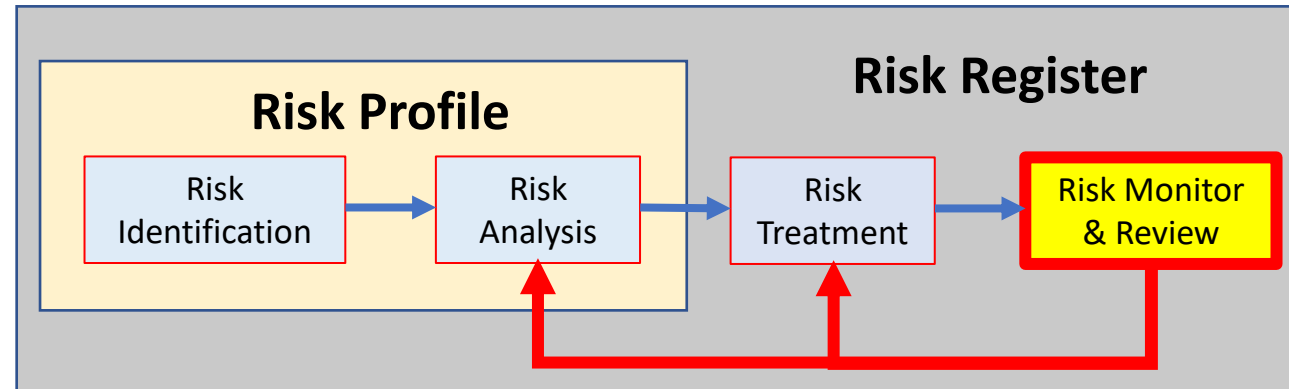
**Risk Register** เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ทำให้เป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต มีการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

Catastrophic					
Major					
Moderate					
Minor					
Negligible					
	Remote	Uncommon	Occasional	Probable	Frequent



**Risk Profile** เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสียหาย วิเคราะห์สิ่งคุกคามที่องค์กรเผชิญ อาจนำเสนอในรูปแบบ risk matrix หรือ risk rating table

## การติดตามและทบทวนความเสี่ยง (Risk Monitor & Review)



### การติดตามความเสี่ยง (Risk Monitoring)

- คือการกำกับดูแล ตรวจสอบและสังเกตอย่างต่อเนื่องในสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น เพื่อประเมินว่าจะบรรลุสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่

### การทบทวนความเสี่ยง (Risk Review)

- คือการพิจารณาว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเหมาะสม เพียงพอ และได้ผลในการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่



# การติดตามและทบทวนความเสี่ยง (Risk Monitor & Review)



มอบให้สมาชิกในทีมคนหนึ่ง (หรือคณะกรรมการ)

เป็น risk owner (เจ้าภาพที่จะติดตาม)

กำหนดความถี่ที่จะติดตาม

## Risk Register มองภาพรวม มองความเป็นทั้งหมด

1. รวบรวมรายการความเสี่ยงจากทุกแหล่งที่มี เช่น Risk Profile, PSG: SIMPLE, รายงานอุบัติการณ์, การทบทวนเวชระเบียน, MM conference, ฯลฯ
2. วิเคราะห์ระดับโอกาสเกิดและผลที่จะตามมาของทุกความเสี่ยง เหมือนกับที่เราทำใน Risk Profile
3. ประเมินระดับความเสี่ยงด้วยการเอาโอกาสเกิดกับผลที่จะตามมา มาใส่ Risk Matrix
4. แบ่งรายการความเสี่ยงนับร้อยๆ เป็นสามกลุ่ม กลุ่มที่สำคัญสูง กลุ่มที่สำคัญปานกลาง และกลุ่มทั่วไป

## Risk Register มากเท่าไรก็จัดการได้ตามระดับความเสี่ยง

- **กลุ่มที่สำคัญสูง** ร่วมกันกำหนด/ทบทวนแนวทางป้องกัน และการเตรียมพร้อมตอบสนอง เมื่อเกิดเหตุ มอบหมายผู้ทำหน้าที่ risk owner มีหน้าที่ทบทวนการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ระดับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และพิจารณาว่าควรเพิ่มมาตรการป้องกันอย่างไร ทบทวนอย่างน้อยทุก 3 เดือน จำนวนความเสี่ยงในรายการนี้ พิจารณาจากจำนวนความเสี่ยงที่สำคัญสูง ร่วมกับจำนวนคนที่จะมาทำหน้าที่ risk owner
- **กลุ่มที่สำคัญปานกลาง** มอบให้คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงนั้นๆ ทบทวน มาตรการป้องกัน และทำหน้าที่ risk owner ทบทวนเหมือนกลุ่มที่สำคัญสูง แต่ความถี่ของการทบทวนอาจจะห่างกว่าความเสี่ยงที่สำคัญสูง
- **กลุ่มความเสี่ยงทั่วไป** อาจจะมีโอกาสพบน้อย ความรุนแรงน้อย ตรวจสอบว่ามีมาตรการป้องกันอยู่ในคู่มือแล้วหรือไม่ ถ้ามีก็หาวิธีการสื่อสารและทำให้มั่นใจว่ามีการรับรู้และปฏิบัติ (ซึ่งกลุ่มนี้คาดว่าจะมีมากที่สุด)

**ด้วยแนวทางเช่นนี้ จะรับมือความเสี่ยงได้ทุกรายการ ตั้งเป้ากวาดให้หมดใน 3 เดือน**

## Pitfall ของการติดตามและทบทวน

**Pitfall 1:** ให้ความสำคัญน้อย ให้พื้นที่น้อย หรือไม่สรุปบทเรียนอะไรเลย

**Guideline:** ให้ถือว่าการบันทึกส่วนนี้มีความสำคัญสูงสุดใน Risk Register

**Pitfall 2:** ข้อมูลส่วนนี้ไม่เชื่อมโยงไปสู่การปรับปรุงมาตรการป้องกัน

**Guideline:** ควรมีเป้าหมายในใจว่าข้อมูลส่วนนี้คือคำอธิบายเหตุผลของการปรับปรุงมาตรการป้องกันหรือ QI Plan

**Pitfall 3:** ขาดการใช้ประโยชน์จาก RCA

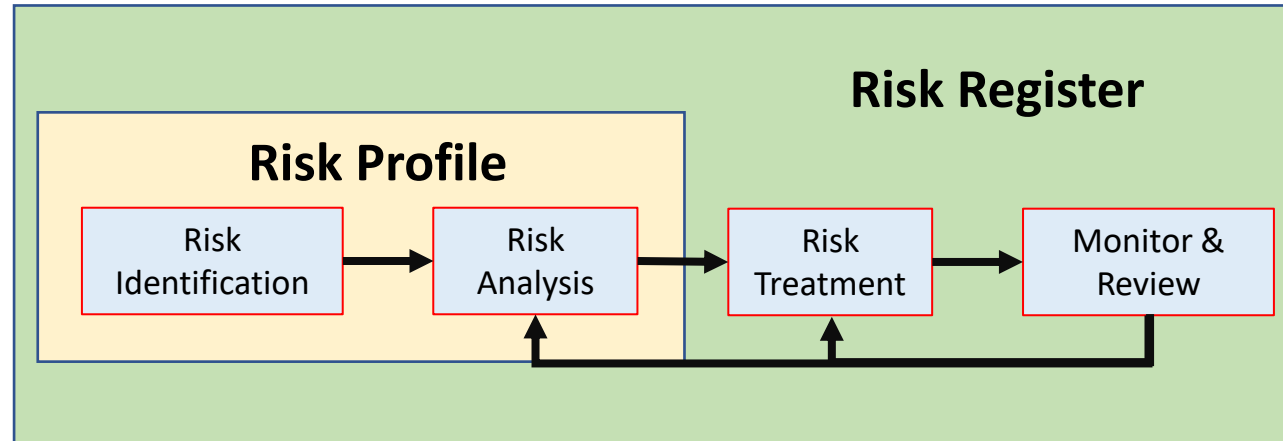
**Guideline:** ถ้ามั่นใจในทีมว่าเมื่อมีมาตรการป้องกันอยู่แล้ว ทำไมยังเกิดเหตุการณ์ ผลการทำ RCA ทำให้นึกถึงมาตรการป้องกัน หรือแผนการทดสอบแนวคิดใหม่ ๆ ในการป้องกันอะไรเพิ่มเติม

**Pitfall 4:** อาศัยเฉพาะข้อมูลจากเอกสารหรือรายงาน

**Guideline:** ใช้การตามรอยหรือข้อมูลจากการพูดคุยกับผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมด้วย

# 5. การสื่อสาร (Communication)

# สรุปข้อกำหนดที่พึงปฏิบัติของกระบวนการบริหารความเสี่ยง



**Risk Identification**

ครอบคลุม กระชับ ชัดเจน เห็นภาพรวม

**Risk Analysis**

ค่าประมาณได้ใกล้เคียง สะท้อนภาพรวม คงเส้น  
คงวาทั้งองค์กร

**Risk Treatment Plan**

เห็นออกแบบระบบ รัดกุม ได้ผล

**Risk Treatment Implement**

ตื่นตัว เตรียมพร้อม ค่อยกันบ่อย ๆ

**Monitor & Review**

สม่ำเสมอ เชื่อมโยง มีส่วนร่วม

**Communication**

สองทาง สม่ำเสมอ ชัดเจน ทั่วถึง

## Communication and Consultation

เป้าหมายของการสื่อสารและปรึกษาหารือ คือการช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความเข้าใจเรื่องความเสี่ยง ฐานที่ใช้ในการตัดสินใจ และเหตุผลว่าทำไมต้องมีการปฏิบัติตามที่กำหนด

การสื่อสารช่วยส่งเสริมให้เกิดความตระหนักและความเข้าใจเรื่องความเสี่ยง

การปรึกษาหารือทำให้ได้รับข้อมูลและ feedback เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ

การประสานกิจกรรมทั้งสองจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ทันเวลา ตรงประเด็น ถูกต้อง และเป็นที่น่าสนใจ โดยพิจารณา confidentiality และ integrity ของข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งสิทธิความเป็นส่วนตัวของบุคคล

การสื่อสารและปรึกษาหารือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในและภายนอก ควรเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยมีเป้าหมายเพื่อ

- นำความเชี่ยวชาญในด้านต่างๆ มาใช้กับแต่ละขั้นตอนของกระบวนการบริหารความเสี่ยง

- ทำให้มั่นใจว่ามีการพิจารณามุมมองที่แตกต่างกันอย่างเหมาะสมในการกำหนดเกณฑ์ความเสี่ยงและประเมินความเสี่ยง

- มีข้อมูลอย่างเพียงพอเพื่อช่วยในด้าน risk oversight และการตัดสินใจ

- สร้างความรู้สึก inclusiveness และ ownership ในกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความเสี่ยง

# การสรุปข้อมูลสำคัญจาก Risk Register เพื่อนำเสนอ

ความเสี่ยง	สถิติการเกิดอุบัติเหตุ	ผลการทำ RCA	Residual Risk	มาตรการป้องกันที่เป็นปัจจุบัน

## Risk Identification

Risk Title

Risk Register Review							
	Risk ID	Risk Owner	Review Frequency	Date Last Review	Result of Review	Residual Risk Level	Risk Status
1							active/closed
2							
3							
4							
5	A01					0	
6						0	
7						0	
8							

## Risk Treatment Plan

Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation
มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย



## บทบาทหน้าที่ของ Risk Owner ในการสื่อสารและปรึกษาหารือ

- การเข้าถึงข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์และผลการทำงาน RCA/incident analysis รวมทั้งการทดลองทางเลือกที่กำลังดำเนินการ
- การพูดคุยกับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง
  - การเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง จำเป็น และเป็นปัจจุบัน
  - ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่องค์กรกำหนด
  - ข้อเสนอแนะจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน
- การปรึกษาหารือกับคณะกรรมการหรือผู้มีอำนาจหน้าที่
  - ทบทวนและปรับปรุงมาตรการป้องกันความเสี่ยงจากข้อมูลที่ได้รับทั้งจากผู้ปฏิบัติงานและการทำ RCA/incident investigation
  - ประมวลผลแผนและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่กำลังเกิดขึ้นในเรื่องนั้นๆ และติดตามข้อสรุป

# Risk Management Principles & Framework

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

# Risk Management Principles (ISO31000, 2018)

มีการ**ปรับปรุง**การบริหารความเสี่ยงขององค์กรอย่างต่อเนื่อง

The organization's risk management is continually improved.

The organization integrates risk management in all of its activities.

องค์กร**บูรณาการ**การบริหารความเสี่ยงในกิจกรรมทั้งหมด

นำ**ปัจจัยมนุษย์และวัฒนธรรม**มาพิจารณาในทุกแง่มุมของการบริหารความเสี่ยง

Both human behavior and culture influence heavily the risk management, therefore these two characteristics are taken into account in all aspects of risk management.



The risk management is established upon a structured and comprehensive approach.

มีการใช้แนวทางที่ชัดเจนเป็นขั้นตอน (**structured**) และ **comprehensive** ในการบริหารความเสี่ยง

ใช้**ข้อมูลที่ดีที่สุดที่มีอยู่** ทั้งข้อมูลอดีต ข้อมูลปัจจุบัน และการคาดการณ์ในอนาคต โดยยอมรับข้อจำกัดและความไม่แน่นอนของข้อมูล

Risk management accounts for any limitations and uncertainties regarding the provided historical and current information and future expectations.

The risk management is linked to the organizational objectives, and is tailored to fit the organization's context.

เชื่อมโยงการบริหารความเสี่ยงกับ**วัตถุประสงค์**ขององค์กร และปรับให้เข้ากับ**บริบท**ขององค์กร

พิจารณา**การเปลี่ยนแปลง**ที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก สามารถตรวจจับและตอบสนองการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างเหมาะสม

Considering that both internal and external changes happen, risk management is able to detect and respond to those changes appropriately.

The risk management includes the necessary stakeholders and takes into account their knowledge, views and perceptions.

นำ**ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย**สำคัญเข้ามาช่วย นำความรู้ มุมมอง และการรับรู้มาพิจารณา

## Risk Management Framework (ISO31000: 2018)



**RM Framework** คือชุดขององค์ประกอบที่สนับสนุนการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กรและทำให้ยั่งยืน

จุดประสงค์ของ **RM Framework** เพื่อช่วยองค์กรในการบูรณาการ RM กับกิจกรรมและหน้าที่สำคัญขององค์กร ประสิทธิภาพของ RM ขึ้นกับการบูรณาการเข้ากับการกำกับดูแลและการตัดสินใจขององค์กร

# Proactive Risk Management : นำมาใช้พิจารณาปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง

**Proactive risk identification** ทุกวิธีที่ค้นหาเพิ่มเติมจาก incident report เช่น การวิเคราะห์โรค การวิเคราะห์กระบวนการ การทำ FMEA การทบทวนเวชระเบียน การเรียนรู้จากผู้อื่น การใช้ Patient Safety Goals

**Proactive risk treatment** ออกแบบ/ปรับปรุงมาตรการป้องกันแม้ไม่เคยเกิดอุบัติการณ์ หรือมีความคลาดเคลื่อนที่ยังไม่ส่งผลกระทบ

## Proactive risk communication

- สื่อสารความเสี่ยงของผู้ป่วยแบบ real time ทั้งตัวพยาบาลและการบันทึก
- สื่อสารการปรับปรุงคู่มือการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันความเสี่ยงอย่างเร็วที่สุด

## Proactive reporting

- สร้างกลไกรับรู้อุบัติการณ์หลากหลายช่องทาง ไม่เฉพาะรายงานอุบัติการณ์
- ใช้ trigger tools เพื่อค้นหา adverse event จากการทบทวนเวชระเบียน

## Proactive risk monitoring

- ใช้ trigger tool concurrent review
- Risk owner ติดตามข้อมูลและตามรอย

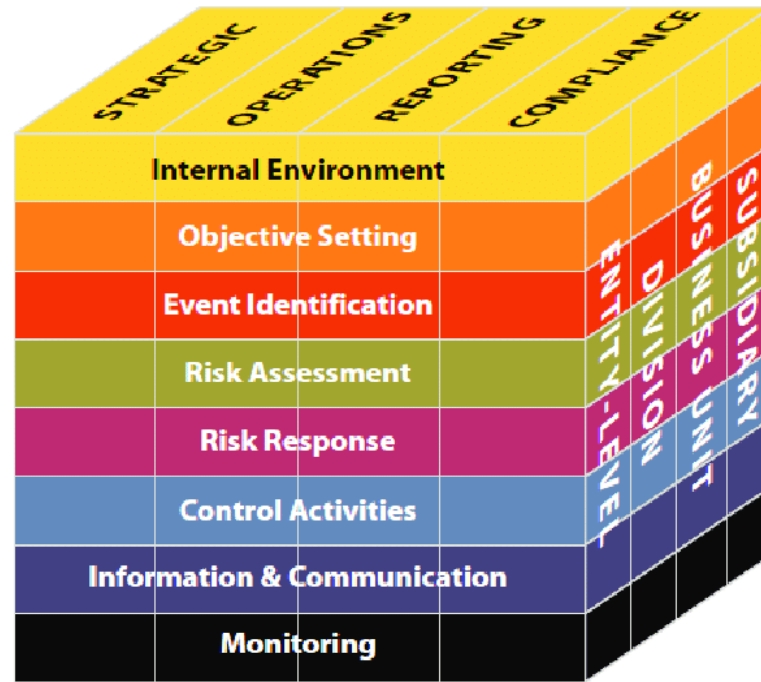
## Proactive incident analysis (RCA)

- ทำ AAR & mindfulness review ทุกครั้ง ทันทีหลังเกิดอุบัติการณ์
- ผู้เกี่ยวข้องเขียนสรุปข้อมูลสรุปทุกปัจจัยที่คิดว่าเป็นปัจจัยก่อเหตุ (ตาม 5 tiers) ภายใน 24 ชั่วโมง
- ทำ RCA ในกรณีไม่ซับซ้อนเสร็จสิ้นใน 48 ชม.
- ทำ RCA ในกรณีซับซ้อนเสร็จสิ้นใน 45 วัน
- ผู้ป่วย/ญาติ มีส่วนร่วมรับรู้และให้ข้อมูล



Risk management process steps	Types of risks			
	Hazard	Financial	Operational	Strategic
Establish context				
Identify risks				
Analyze/Quantify risks				
Integrate risks				
Assess/Prioritize risks				
Treat/Exploit risks				
Monitor and review				

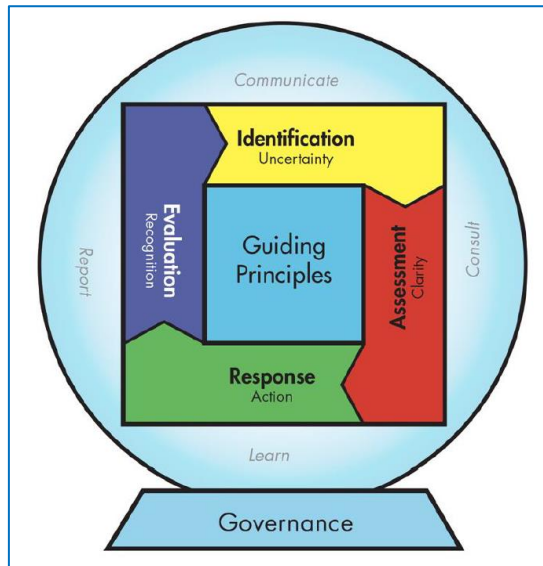
CAS framework (CAS, 2003)



COSO framework (COSO, 2004)



ISO31000 framework: 2018



ASHRM



Governance & Culture



Strategy & Objective-Setting



Performance



Review & Revision



Information, Communication, & Reporting

# Risk Management Framework

COSO2017

# Risk Management Process (COSO ERM 2017)

