

Risk Management by Fact

โดย

นพ.สรรรัช อัครเรืองชัย

IHPP สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

RM by Fact เป็นการปูพื้นฐานการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล และนำเสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ในแง่มุมของการบริหารความเสี่ยงที่บุคลากรทุกท่านควรทราบ รวมถึงผู้เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริหาร โรงพยาบาลระดับสูง

ซึ่งมองได้เป็น 3 ประเด็นหลักๆได้ โดยจาก 2 ประเด็นแรกเป็นสิ่งที่ผู้บรรยายได้นำเสนอ และประเด็นที่ 3 เป็นข้อเสนอแนะของผู้ฟัง

ประเด็นที่ 1 ปูพื้นฐาน Risk Management ในโรงพยาบาล

1. โครงสร้างของ RM ประกอบด้วย 2 ส่วน

1.1 Leader ได้แก่ CEO, แพทย์ แสดงออกทั้งนโยบาย และการกระทำ

1.2 RM Committee ได้แก่ risk manager หรือ patient safety officer และ
มีการวางระบบ Risk MIS

(RM Information System)

2. กระบวนการ (Process) ของ RM ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

2.1 Identification ค้นหา

2.2 Assessment ประเมิน

2.3 Action to manage Risk จัดการ

2.4 Evaluate + monitor ติดตาม และประเมินผล

3. Identify ค้นหาความเสี่ยงโดยการกระทำ Risk Profile

ซึ่งมาจาก

- ประวัติอดีต
- ผลการวิจัย
- Incident, Occurrent, Medical record review
- Clinical review, Medical record review

4. Assessment การประเมิน

โดยการจัดลำดับความสำคัญ โดยมองในสิ่งที่สำคัญกว่า ความเสี่ยงสูงกว่า ก็จะเกิดบ่อยกว่า มาจัดการก่อน

5. Action to manage Risk

1. จัดระบบป้องกันการผิดพลาด

- หลีกเลี่ยง
- ปรีกษา ส่งต่อ
- ป้องกันด้วยระบบบำรุงรักษา, ทำระเบียบปฏิบัติ และให้ความรู้อย่างเพียงพอ
- มีระบบสำรองทรัพยากรในการทำงานที่มีความเสี่ยงสูง

2. เฝ้าระวังหาความผิดพลาดเพื่อหยุดยั้งได้ทัน

- การเฝ้าระวังสิ่งที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ยาที่เสี่ยงสูง, การรักษาที่ซับซ้อน เป็นต้น
- ต้องใช้มาตรการเชิงรุก ในความเสี่ยงที่สำคัญ โดยไม่มีการรอตั้งรับ เช่น ทบทวนผู้ป่วย ขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล

3. ถ้ามีความผิดพลาดเกิดขึ้น ก็ต้องลดความเสียหายจากภาวะผิดพลาด

- ใช้ความจริงใจ ไม่ปกปิด
- แก้ปัญหาด้วยความรวดเร็ว
- มีการสื่อสารที่ดี
- ให้การชดเชยที่เหมาะสม

6. Evaluation & Monitoring

1. มีการทบทวน Process ที่วางระบบไว้

2. มีการทบทวน Result เช่น ทบทวนอุบัติการณ์, อุบัติเหตุ, ทบทวนการดูแลผู้ป่วย, ทบทวนตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับความเสี่ยงที่สำคัญ

7. Common Pitfalls ของ RM

- Leadership มุ่งเน้นน้อยเกินไป
- แพทย์มีส่วนร่วมน้อยไป
- วัฒนธรรมที่เป็นอุปสรรค

8. Solution สิ่งที่ดีจนแล้วทำให้เกิดผลคือ RM

1. Good Governance ธรรมาภิบาล

2. Safety Culture tools วัฒนธรรมแห่งความปลอดภัย

9. มีรายงานการวิจัยของเยอรมันในปี 2005 พบว่า

เมื่อเกิด Adverse event (ผู้ป่วยไม่ปลอดภัย) 7.6 ครั้ง จะเกิด Malpractice claims (การฟ้องร้องผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม) 1 ครั้ง และรายที่มี Incident Report จะฟ้องด้วยเงินที่มากกว่าที่ไม่มี Report (แสดงว่ารายที่ไม่มี Report อาจเป็นเรื่องเล็กน้อยกว่า)



10. การประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ระบบ ได้แก่

10.1 Reporting System คือการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เป็น Incident Report (IR)

10.2 Systemic Review คือการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็น Medical record review (MRR)

* เมื่อเปรียบเทียบ IR กับ MRR

	ข้อดี	ข้อเสีย
IR	- มีอยู่แล้ว - วิเคราะห์เชิงคุณภาพได้ดี - ต้นเปลี่ยนน้อยกว่า	- ถ้าวางกล่าวโทษ - ไม่ทราบวันเป็นเหตุการณ์ไม่พึง - ประสงค์ ใช้วัดผลเชิงปริมาณ
MRR	- ครอบคลุมความเสี่ยงทุกเรื่อง - ค้นหาได้ดี - ช่วยผู้ป่วยก่อนเกิดเหตุได้ - ใช้วัดผลเชิงปริมาณได้ดี - แพทย์ต้องร่วมมือ	- ใช้วัดผลเชิงปริมาณไม่ได้ - แพทย์ไม่ร่วมมือ - ต้นเปลี่ยน - ผลลัพธ์ขึ้นอยู่กับคุณภาพของ - เวชระเบียน - ครอบคลุมเฉพาะด้านการดูแลรักษา

ประเด็นที่ 2 นำเสนอผลการวิจัย 2 Papers ที่ค้นเจอ Report

Paper ที่ 1 เรื่องการแก้ปัญหา RM ในโรงพยาบาล Osaka U.H

1. ปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับ RM

- ขาดวัฒนธรรมการเปิดใจ
- Identify ไม่ได้ทั้งภายใน
- ไม่กระตือรือร้นเรื่อง Patient Safety
- ขาดกระบวนการที่ทำได้และมีประสิทธิภาพ

2. กำหนดยุทธศาสตร์ใหม่เพื่อการแก้ปัญหา

2.1 รายงานอุบัติการณ์ด้วยระบบ Web based IR System โดย ไม่ระบุชื่อผู้ผลิต
ผู้รายงาน

2.2 สร้าง RM ใหม่ ประกอบด้วย

- RM Committee
- Department of Clinical Quality Management
- Area Clinical Risk Manager

2.3 จัดระบบ Education, System improvement & feedback

- Newsletter
- ถิ่นพบ 3 ครั้ง/ปี

- ทำ Clinical risk ward round
- ทำ RCA
- Monitor by Committee 1 ครั้ง / เดือน

3. หลังจากการเปลี่ยนยุทธศาสตร์ เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

3.1 IR เพิ่มขึ้นจาก 45 เป็น 177 / เดือน

3.2 แพทย์ Report 10%

3.3 พบว่ามี IR ที่พบบ่อยคือ Med error, I.V. tube drain problem & fall

4. หัวใจที่สำคัญในการแก้ปัญหา (Key Message)

4.1 Web based incident Report

4.2 Clear role new structure

4.3 System Approve

4.4 Feedback

4.5 Elimination of Barrier เช่น Staff resistance, Poor Communication

Paper ที่ 2 การศึกษาผลกระทบต่อการทำ HA กับ Patient Safety โดย พรพ.

1. บริบท

- IR ในต่างประเทศ 4 – 17 % ของ IR จริง
- มีการนำ HA, RM มาใช้ในโรงพยาบาล

2. วัตถุประสงค์

- ต้องการทราบผลของการทำ HA ต่อ Adverse event
- ศึกษาขนาดวิทยาของ Adverse event

3. วิธีการ

- ศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่ง
- เปรียบเทียบผลก่อน – หลัง ทำ HA
- สุ่มเจาะระยะหนึ่งในกลุ่มงานสูติรี, ศัลยกรรม, อายุรกรรม, กุมารเวชกรรม
- เข้ากระบวนการคัดกรอง 18 เกณฑ์

** เป็นหัวข้อ Occurrent report 18 หัวข้อ เช่น ADR, ผู้ป่วยไม่พอใจ, ภาวะแทรกซ้อน, ติดเชื้อในโรงพยาบาล ฯลฯ

- นิยามเหตุการณ์

■ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

■ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ หรือทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลต่อ

A Dreamy World

A man's dreams are an index to his greatness

4. ผลการศึกษา

4.1 พบทวนเวชระเบียน 4,000 ฉบับ

4.2 พบผู้ป่วยพิการปานกลาง – รุนแรง ร้อยละ 10.1 และเสียชีวิต ร้อยละ 10.1

4.3 เป็นเหตุการณ์ที่ป้องกันได้ ร้อยละ 50.6

4.4 ความผิดพลาดในกระบวนการดูแลรักษาที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อันได้แก่

อันดับที่ 1 การผ่าตัด	30.9 %
อันดับที่ 2 การบริหารยา และสารน้ำ	22.5 %
อันดับที่ 3 การรักษาอื่นๆ	15.3 %
อันดับที่ 4 การทำหัตถการ	13.6 %
อันดับที่ 5 การวินิจฉัย	8.5 %
อันดับที่ 6 การคลอดบุตร	6.8 %
อันดับที่ 7 ทารกแรกเกิด	1.7 %
อันดับที่ 8 การดมยา	0.4 %
อันดับที่ 9 อุบัติเหตุ	0.4 %

4.5 ความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แบ่งตามกระบวนการรักษา

อันดับที่ 1 ทารกแรกเกิด
อันดับที่ 2 การผ่าตัด
อันดับที่ 3 ยา และสารน้ำ

4.6 สถานที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

อันดับที่ 1 WARD	37.2 %
อันดับที่ 2 บ้านผู้ป่วย	17.2 %
อันดับที่ 3 OR	13.4 %
อันดับที่ 4 LR	8.8 %
อันดับที่ 5 ห้องพิเศษ	7.5 %
อันดับที่ 6 ICU	7.1 %

4.7 สาเหตุสำคัญของความผิดพลาดในกระบวนการดูแลรักษา

อันดับที่ 1 พลังเหลือ	26.4 %
อันดับที่ 2 ระบุไม่ได้	26.4 %
อันดับที่ 3 ปฏิบัติไม่สมบูรณ์	15.9 %
อันดับที่ 4 ความรู้ไม่เพียงพอ	12.5 %
อันดับที่ 5 สาเหตุอื่นๆ	10.9 %
อันดับที่ 6 ระเบียบไม่เหมาะสม	7.9 %

A wooden planter box filled with green herbs and red flowers. The box is made of light-colored wood and is filled with various plants. At the top, there are green herbs with small, round leaves. In the middle, there are several red flowers with yellow centers. At the bottom, there are more green herbs. The background is a solid light blue color.

ประเด็นที่ 3 ข้อเสนอแนะของผู้ฟัง

1. การนำเสนอของผู้บรรยายเป็นการปูพื้น **RM** ที่ดีมากสำหรับผู้ที่ไม่เคยรู้เรื่อง**RM** มาก่อน หรือรู้แบบไม่กระจ่าง จึงควรเผยแพร่ความรู้ให้แก่บุคลากรทุกท่านได้ทราบ
2. การปรับปรุงพัฒนาระบบ **RM** ในโรงพยาบาลค่ายสุรนารี จำเป็นต้องอาศัยองค์กรประกอบหลายด้าน ที่สำคัญคือ ต้องแก้ที่ **Common Pitfalls** ที่ผู้บรรยายเสนอไว้ตอนต้น
3. ตัวอย่างของ **Paper** ที่นำเสนอ เป็นตัวอย่างที่ดีที่อาจนำไป **Benchmarking** ต่อไปได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความมุ่งมั่นขององค์กร