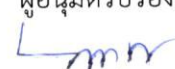



แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการภูมิภาค
 โรงพยาบาลปรางค์กู่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
 ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. 2561
 สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลปรางค์กู่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ วัน/เดือน/ปี : 26 ตุลาคม 2565 หัวข้อ : คู่มือการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่	
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) คู่มือการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ภายในหน่วยงาน ที่มีแบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน	
Link ภายนอก : หมายเหตุ	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล (นางสาวจิราวรรณ พรหมมานนท์) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป วันที่ 26 ต.ค 65	ผู้อนุมัติรับรอง  (นายเสกสรรค์ จวงจันทร์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปรางค์กู่ วันที่ 26 ต.ค 65
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นางสาวสมใจ ศรีบริบูรณ์) นักวิชาการพัสดุ วันที่ 26 ต.ค 65	

คู่มือ ทีมบริหารความเสี่ยง
โรงพยาบาลปรางค์กู่

คำนำ

การบริหารจัดการความเสี่ยง เป็นกิจกรรมพื้นฐานของบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล ต้องใช้ความสำคัญและร่วมกันวางแผนป้องกันและดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้ โดยใช้กระบวนการจัดการความเสี่ยงประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล

คู่มือเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อสร้างหลักประกันให้แก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และผู้มารับบริการ จะได้รับการบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยจากความเสี่ยงต่างๆ และเพื่อลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นแก่โรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจึงจัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง เพื่อเป็นแนวทางให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ปรangkู๋ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการและเกิดประโยชน์กับองค์กรมากที่สุด

คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลปรangkู๋ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือเล่มนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลปรangkู๋

ชื่อหน่วยงาน

ทีมบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลปรางค์กู่

เจตจำนง/ความมุ่งหมาย

กำหนดทิศทาง วางระบบการเฝ้าระวัง ค้นหา จัดการ วิเคราะห์ ประเมินและรายงานผลด้านการบริหารความเสี่ยงขององค์กร เพื่อให้หน่วยงานดำเนินการบริหารความเสี่ยงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตบริการ

1. กำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
2. กำหนดโปรแกรมและระดับความรุนแรงของความเสี่ยงในโรงพยาบาล
3. วางระบบการค้นหาความเสี่ยงของโรงพยาบาล
4. บริหารจัดการเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้นในโรงพยาบาล
5. วิเคราะห์และทบทวนความเสี่ยงในโรงพยาบาล
6. ส่งเสริมการเฝ้าระวัง ป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นไม่ให้เกิดซ้ำ
7. ให้ความรู้ และสนับสนุนหน่วยงานต่างๆเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

ความต้องการของผู้ใช้บริการ

ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์จากการรักษาในโรงพยาบาล
2. ไม่เกิดการบาดเจ็บ อันตรายขณะรับบริการในโรงพยาบาล
3. ได้รับการดูแลและปฏิบัติตามสิทธิของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

ความต้องการของผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล

1. ไม่เกิดอุบัติเหตุและโรคที่เกิดจากการทำงาน
2. ได้รับคำแนะนำและมีความรู้ความเข้าใจในการบริหารความเสี่ยง
3. มีการเชื่อมประสานงานระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ในการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
4. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และมีการวางระบบเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำ

โรงพยาบาล

1. ลดความสูญเสีย หรือความเสียหายต่อทรัพย์สินของโรงพยาบาล
2. ลดข้อร้องเรียน ที่จะทำให้เกิดความเสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล

ชุมชน(ประชาชนทั่วไป)

- ไม่เกิดการทำลายสิ่งแวดล้อมจากการทำงานของโรงพยาบาล

เป้าหมายของงานบริหารความเสี่ยง

1. ผู้รับบริการมีความปลอดภัย ไม่เกิดความเสี่ยงจากการรับบริการและมีความพึงพอใจในบริการ
2. ผู้ให้บริการมีความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน
3. ผู้ให้บริการมีความรู้และความเข้าใจในระบบป้องกันความเสี่ยง และมีการแก้ไขความเสี่ยงเชิงระบบอย่างมีประสิทธิภาพ
4. สิ่งแวดล้อมปลอดภัย

นโยบายด้านการบริหารความเสี่ยง

1. มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อวางระบบและประสานงานด้านความเสี่ยง รวมทั้งดำเนินการสื่อสารสร้างความเข้าใจในโรงพยาบาลให้บุคลากรรับทราบโดยทั่วถึงกัน
2. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล มีหน้าที่จัดระบบบริหารความเสี่ยง โดยกำหนดยุทธศาสตร์ด้านความเสี่ยง ตัวชี้วัด ผู้รับผิดชอบดูแล รวมถึงการบูรณาการบริหารความเสี่ยงและประสานงานระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้มีการดำเนินการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
3. กำหนดให้ทุกหน่วยงานมีผู้รับผิดชอบเป็นผู้ประสานงานด้านความเสี่ยง และมีการจัดการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน โดยการค้นหา วิเคราะห์ และจัดการความเสี่ยง มีการวางแผนการป้องกันความเสี่ยง ติดตามประเมินผล เพื่อการปรับปรุงพัฒนาอย่างมีระบบ
4. ให้มีการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยง (ค้นหา, ประเมิน, จัดการและประเมินผล) มาปฏิบัติในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล เช่น มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยใช้แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งเอกสารและในระบบอิเล็กทรอนิกส์ รวมทั้งช่องทางอื่นๆที่กำหนดไว้ มีคู่มือและแนวทางการปฏิบัติ เรื่องกระบวนการจัดการและรายงานความเสี่ยงเมื่อเกิดเหตุ มีการค้นหาและจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk profile) ของหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการป้องกันแก้ไขความเสี่ยงภายในหน่วยงาน
5. การรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยง ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ไม่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความขัดแย้งในองค์กร
6. พัฒนาระบบการป้องกัน แก้ไขความเสี่ยงที่สำคัญและเกิดบ่อย เป็นคู่มือของฝ่ายหรือหน่วยงานนำไปสู่การปฏิบัติและติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
7. พัฒนาระบบสารสนเทศในการบันทึก วิเคราะห์และรายงาน รวมทั้งฐานข้อมูลของความเสี่ยงในโรงพยาบาล

บทบาท

1. กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและแผนปฏิบัติงาน ด้านการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
2. ดำเนินการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลในด้านต่างๆ ได้แก่
 - การค้นหาและรวบรวมความเสี่ยง
 - วิเคราะห์ความเสี่ยง
 - การจัดการความเสี่ยง
 - ป้องกันความเสี่ยง
3. จัดทำแบบฟอร์มรายงานความเสี่ยงและปรับปรุงแก้ไขแบบฟอร์มต่างๆ ในระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงให้เหมาะสม
4. กำหนดระเบียบปฏิบัติและแนวทางปฏิบัติ ในการบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล
5. ดำเนินการจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่รุนแรงหรือสำคัญ ตลอดจนดำเนินการให้มีการทบทวนอุบัติการณ์ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
6. กำหนดบทบาทหน้าที่และประสานงานกับผู้จัดการความเสี่ยงประจำหน่วยงาน
7. ส่งเสริม/สนับสนุนให้ฝ่าย/หน่วยงาน ดำเนินการอย่างบูรณาการด้านการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน มีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้มีการจัดการทำคู่มือหรือวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันและ/หรือแก้ไขความเสี่ยงประจำหน่วยงาน ให้มีการติดตามการปฏิบัติให้เป็นไปตามแนวทางที่วางไว้
8. ดำเนินการในการประสานงานบริหารความเสี่ยงกับทีมนำด้านต่างๆ โดยการรายงานความเสี่ยงของทีมนำด้านต่างๆ สนับสนุนให้มีการจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบและทันทั่วถึง ตลอดจนติดตามรวบรวมผลการดำเนินการแก้ไขความเสี่ยงจากทีมนำด้านต่างๆ
9. สรุปผลการดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยง และรายงานผลการดำเนินงานในการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน

บทบาทหน้าที่ของบุคลากรในโรงพยาบาล

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีหน้าที่
 - กำหนดนโยบายด้านการจัดการความเสี่ยง
 - สนับสนุนด้านทรัพยากรให้มีเพียงพอต่อการจัดการความเสี่ยงตามนโยบายดังกล่าว
 - ร่วมจัดการแก้ไข และป้องกันความเสี่ยงรุนแรงและสำคัญในโรงพยาบาล
2. หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน มีหน้าที่
 - ร่วมค้นหา จัดการ แก้ไข ป้องกันความเสี่ยงของฝ่าย/หน่วยงาน
 - ประสานกิจกรรมต่างๆ ของหน่วยงาน เพื่อให้ฝ่าย/หน่วยงานมีระบบค้นหา วิเคราะห์จัดการแก้ไข ป้องกันและประสานผลการจัดการความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ
 - สรุปสถิติ และแนวทางแก้ไขความเสี่ยงของหน่วยงาน กับทีมบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลทุก 1 เดือน

3. ผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน มีหน้าที่ บริหารจัดการความเสี่ยงประจำหน่วยงาน ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ตระหนักในการค้นหาและรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน
4. ประธานที่มำด้านต่างๆ มีหน้าที่ ร่วมจัดการและแก้ไข บริหารความเสี่ยงตลอดจนวางระบบป้องกันความเสี่ยงในระบบงานที่รับผิดชอบ
5. คณะกรรมการสอบสวนข้อร้องเรียน มีหน้าที่ สอบสวนข้อเท็จจริงของเรื่องราวความเสี่ยงที่เป็นข้อร้องเรียน นำเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาผลกระทบจากการเกิดความเสี่ยง
6. เลขานุการทีมบริหารความเสี่ยง มีหน้าที่ รายงานสรุปภาพรวมความเสี่ยงทุก 1 เดือน และรายงานต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
7. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคน มีหน้าที่
 - ค้นหาความเสี่ยงและรายงานอย่างถูกต้อง
 - บริหารจัดการความเสี่ยงในขอบเขตความรับผิดชอบ
8. ผู้จัดการความเสี่ยงนอกเวลาราชการ ได้แก่ หัวหน้าเวร ผู้พบเหตุการณ์

ตัวชี้วัดคุณภาพ

1. จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับการรายงานทั้งหมด เพิ่มขึ้น 10%
2. อัตราการรายงานความเสี่ยงด้วยตนเองต่อการรายงานความเสี่ยงทั้งหมด เป้าหมาย ร้อยละ ≥ 90
3. อัตราความครอบคลุมของหน่วยงานที่รายงานความเสี่ยง เป้าหมาย 100%
4. อัตราหน่วยงานมีการจัดทำ Risk profile เป้าหมาย 100%
5. อัตราการส่งรายงานความเสี่ยงทันเวลาตามระดับความรุนแรง เป้าหมาย 100%
6. อัตราการค้นหาความเสี่ยงระดับ A,B (Near miss) เพิ่มขึ้น 10%
7. อัตราความเสี่ยง Near miss ต่อความเสี่ยงทั้งหมด 60%
8. อุบัติการณ์ความรุนแรงสูง (EFGHI) ที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ
9. จำนวนการเกิดอุบัติเหตุความรุนแรงสูง (ระดับ GHI)
10. จำนวนการเกิดอุบัติเหตุความรุนแรงสูง (ระดับ GHI) ช้ำ
11. จำนวนข้อร้องเรียน ม.41 เป้าหมายเป็น 0
12. จำนวนข้อร้องเรียน ม.18
13. จำนวนเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน
14. จำนวนข้อร้องเรียนอื่นๆ

การบริหารความเสี่ยง

เป็นกิจกรรมพื้นฐานของบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล ต้องใช้ความสำคัญและร่วมกันวางแผนป้องกันและดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้ โดยใช้กระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง

1. ค้นหาความเสี่ยง
2. ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง
3. การจัดการกับความเสี่ยง
4. การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) ในการบริการ สามารถค้นหาความเสี่ยงได้หลายวิธี โดยการค้นหาความเสี่ยงในเชิงรุกและเชิงรับ

วิธีการ/สาเหตุ	ด้านคลินิก(clinic)	ด้านอื่นๆ(non-clinic)
Risk profile		
การสอบถามผู้ป่วย (Morning round)		
แบบสอบถาม คำบอกเล่า คำป่น		
รายงานอุบัติการณ์(Incident report)		
การPre-post conference		
การสำรวจสิ่งแวดล้อม		
Quality nursing round		
รายงานการนิเทศ		
ใบลาป่วย/ลากิจเจ้าหน้าที่		
เวชระเบียน(Trigger tool)		

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง

- ประเมินความเสี่ยงในช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุ
- ประเมินความเสี่ยงในช่วงขณะเกิดเหตุ

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับความเสี่ง

- การหลีกเลี่ยงความเสี่ง
- การผ่องถ่ายความเสี่ง
- การป้องกันความเสี่ง
- การลดความสูญเสี่งหลังการเกิดเหตุการณ์
- การแบ่งแยกความเสี่ง ได้แก่การจัดให้มีระบบสำรอง สำหรับทรัพยากรที่ใช้ในการทำงาน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล หมายถึงการนำเหตุการณ์ และความสูญเสี่งที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการที่ใช้ป้องกันความเสี่ง ซึ่งจะเชื่อมโยงกลับไปยังเครื่องชี้วัด และระบบประกันคุณภาพกิจกรรมที่ประเมินได้แก่

1. การติดตามเครื่องชี้วัด ความเสี่งของหน่วยงานประจำเดือน
2. การทบทวนประสบการณื โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณืซ้ำอีก ทั้งที่มีมาตรการป้องกัน มากกว่าที่จะดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณื คำถามที่ต้องการคือ
 - อุบัติการณืเกิดขึ้นได้อย่างไร ทั้งๆ ที่มีมาตรการป้องกันแล้ว
 - อุบัติการณืที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์เดียวหรือเป็นเรื่งของระบบ ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นอีกได้หรือไม่
 - การตรวจสอบความเสี่งที่เกิดขึ้นใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องไ้ก้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

จุดเน้นในการพัฒนา

1. ทุกหน่วยงานต้องมีการบริหารความเสี่งในหน่วยงาน และมีการจัดทำบัญชีความเสี่งที่มีการวิเคราะห์และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่งที่สำคัญทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานของตนเอง
2. สื่อสารเรื่งการบริหารความเสี่งไปยังบุคลากรทุกระดับ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการบริหารความเสี่ง มีส่วนร่วมในการดำเนินการด้านความเสี่งที่เกี่ยวข้องได้
3. มีระบบสารสนเทศที่สะท้อนสถานการณ์ความเสี่งและระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ
4. หน่วยงานมีการค้นหาความเสี่งเชิงรุก
5. มีการวิเคราะห์และหาสาเหตุที่แท้จริงของความเสี่งที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่งซ้ำ
6. ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

1. เน้นนโยบายความปลอดภัยทุกหน่วยงาน (patient safety goal)
2. มีการส่งเสริมในประเด็นเรื่งความปลอดภัย/ความเสี่ง
3. มีระบบรายงานความเสี่งที่ครอบคลุมและรวดเร็ว
4. ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการป้องกันความเสี่ง
5. มีการตรวจเยี่ยมหน่วยงานต่างๆในเรื่งความปลอดภัย

คำจำกัดความ

1. ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความสูญเสียหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือเป็นเหตุการณ์ การกระทำใดๆซึ่งส่งผลกระทบต่อหรือสร้างความเสียหาย ลดโอกาสที่จะประสบความสำเร็จ/บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ ความสูญเสียที่เกิดกับผู้รับบริการ สูญเสียรายได้ เสียชื่อเสียงขององค์กร การบาดเจ็บของ จนท.ในขณะทำงาน และการต้องชดใช้ค่าเสียหาย โดยแยกออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

- ปัจจัยเสี่ยงคือ สาเหตุที่ทำให้เกิดความเสียหาย
- เหตุการณ์เสี่ยง คือ เหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือนโยบาย
- ผลกระทบของความเสียหาย คือ ความรุนแรงของความเสียหายที่น่าจะเกิดขึ้นจากเหตุการณ์เสี่ยง

2. บัญชีความเสี่ยง หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งหน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้นโดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ การสำรวจภายในหน่วยงานเพื่อเป็นประเด็นสำคัญในการเฝ้าระวัง โดยจัดทำทุกหน่วยงาน

3. ระบบบริหารความเสี่ยง หมายถึง ระบบบริหารปัจจัยและควบคุมกิจกรรม รวมทั้งกระบวนการดำเนินงานต่างๆ โดยลดมูลเหตุของแต่ละโอกาสที่จะทำให้เกิดความเสียหายเพื่อให้ระดับความเสี่ยงและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ประเมินได้ ควบคุมได้ และตรวจสอบได้อย่างมีระบบ โดยคำนึงถึงการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานเป็นสำคัญ

4. ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical error) หมายถึง ความล้มเหลวในการดูแลรักษาตามที่ได้วางแผนไว้ หรือการวางแผนรักษาที่ไม่ถูกต้อง/ไม่บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

5. เหตุการณ์เกือบพลาด (Near miss) หมายถึง สถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่เกิดเหตุการณ์ขึ้นเพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน

- Aspen (2004) ให้ความหมายของ Near miss ว่าเป็นการปฏิบัติที่กระทำ/ยังไม่ได้ปฏิบัติ ที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่อันตรายดังกล่าวยังไม่เกิดขึ้น อันเป็นผลจากโอกาส โชค เช่นผู้ป่วยได้รับยาที่มีข้อห้ามใช้แต่ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยานั้น หรือเป็นผลจากการป้องกัน เช่น มีการสั่งยาเกินขนาด แต่พยาบาล/เภสัชกรตรวจพบได้ก่อนการบริหารยา หรือผลจากการบรรเทา เช่น บริหารยาผิดขนาดแต่ตรวจพบได้เร็วและสามารถให้ยาต้านได้ โดยไม่มีอาการรุนแรงตามมา ดังนั้น Near miss เป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่ต้องทบทวน มีความสำคัญเพราะหากเกิดซ้ำในสถานการณ์ที่ต่างออกไป จะนำไปสู่การเสียชีวิต หรือบาดเจ็บรุนแรงได้ near miss ในรพ. ปรารังค์ก็คือความเสี่ยงระดับ A B, miss หรือ low risk คือระดับ C D

6. อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการรักษา และไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องจากโรคเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวทำให้ระยะเวลาการนอน รพ. นานขึ้น หรือเกิดความพิการ Adverse event มักเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ มักเกิดจากความล้มเหลวของกระบวนการป้องกันคลาดเคลื่อน หรือปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ เช่น ผู้ป่วยลื่นล้มโดยอุบัติเหตุ หรือความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา เป็นความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป

7. เหตุการณ์ที่พึงสังวร (Sentinel event) หมายถึง เหตุการณ์รุนแรงที่ รพ. กำหนดให้รายงานทันที เป็นเหตุการณ์รุนแรงต้อง

ทบทวน เป็นเหตุการณ์ที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิต หรือบาดเจ็บรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจ ยกตัวอย่างเช่น

ด้าน clinic	ด้านอื่นๆ(non clinic)
<p>1.การเสียชีวิตของผู้ป่วยโดยไม่ได้คาดหมาย(ทุกสาเหตุ)</p> <p>2.การเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยจนถึงขั้นทุพพลภาพถาวร (ทุกสาเหตุ)</p> <p>3.เกิดความเสียหายร้ายแรงแก่ผู้ป่วย เช่น ผ่าตัดผิดคน/ผิดอวัยวะ/ผิดตำแหน่ง,มีเครื่องมือ/ผ้า ค้างในร่างกาย,ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย,ตกเตียง/พลัดตกหกล้ม เป็นเหตุให้เกิดอันตรายทรุดลง</p> <p>4.ความผิดพลาด/ความเสียหายใดๆที่มีโอกาสนำไปซึ่งการฟ้องร้อง/การเสื่อมเสียชื่อเสียง</p>	<p>1.การลัทธิทุพพลภาพทุกรณี</p> <p>2.ทรัพย์สินเสียหายหรือกรรโชกทรัพย์สิน</p> <p>3.ความเสียหายจากปัญหาสิ่งแวดล้อม เช่น น้ำท่วม ไฟดับ(กรณีสำรองไฟไม่ทำงาน) ไฟไหม้ น้ำไม่ไหล ภายในเวลามีกำหนด severไม่ได้รับการแก้ไขภายในเวลาที่กำหนด เป็นต้น</p> <p>4.การข่มขู่ ทำร้าย ทะเลาะวิวาทหรือถูกประทุษร้าย</p> <p>5.การประสูติอุบัติเหตุของยานพาหนะโรงพยาบาล</p> <p>6.การล่องละเมิดทางเพศ หรือทำอนาจาร</p> <p>7.การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับความยินยอม</p> <p>8.การกระทำต่อเจตนาชั่วสาว(กรณีมีข้อร้องเรียน)</p> <p>9.อุบัติเหตุหมู่</p> <p>10.เกิดความเสียหายร้ายแรงแก่ รพ./บุคลากร เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยหนีออกจากรพ.ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วย/ญาติได้ -เจ้าหน้าที่ถูกทำร้ายร่างกาย -มีผู้ป่วยโรคระบาด/มีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อแพร่ระบาดในโรงพยาบาล -ลักพาทารก/ผู้ป่วย -สังหารกบฏผิดแม่

8.ความคลาดเคลื่อนทางยา(Medication error) หมายถึง เหตุการณ์ใดๆ ที่สามารถป้องกันได้ซึ่งอาจ นำส่งไปสู่การใช้ยาที่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ขณะที่ยาอยู่ในความคุมของบุคลากรของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ป่วยหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์เหล่านั้นอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ป่วยหรือผู้พบเห็น เหตุการณ์เหล่านั้นอาจอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ วิธีการปฏิบัติและระบบครอบคลุม การสั่งจ่าย การสื่อสารคำสั่ง การจัดทำฉลาก/การบรรจุ และการตั้งชื่อผลิตภัณฑ์ การปรุงยา การจ่ายยา การกระจายยา การให้ความรู้ การติดตาม และการใช้ยาจากค่านิยมดังกล่าว ความคลาดเคลื่อนทางยามีลักษณะที่สำคัญบางประการ เช่น

- 1.เป็นอุบัติการณ์ที่สามารถป้องกันได้
- 2.ผลของอุบัติการณ์อาจนำไปสู่การใช้ยาต่อผู้ป่วย ซึ่งในกรณีนี้อาจถึงหรือไม่ถึงผู้ป่วย
- 3.ผลของอุบัติการณ์บางครั้งจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งในกรณีนี้อาจจัดหรือเรียกผลของอุบัติการณ์นี้ว่า Adverse drug events

4.อุบัติการณ์นั้นอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยสาเหตุใด สาเหตุหนึ่งมากกว่า เช่นเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจเป็นการพลั้งเผลอ ขาดสมาธิ หรือละเมิดไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ หรืออาจเกิดจากยาที่มีรูปแบบคล้ายกัน หรือชื่อใกล้เคียงกัน หรือไม่มีแนวทางการปฏิบัติ หรือแนวทางการตรวจสอบก่อนการบริหารยา สุดท้ายเกี่ยวข้องกับองค์กร เช่นการทำงานเป็นทีม ระบบการรายงานความเสี่ยงที่เอื้อต่อการจัดการตามความเร่งด่วนหรือความรุนแรง

9.เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยา(Adverse drug event : ADEs) หมายถึงการบาดเจ็บใดๆที่เกิดขึ้นระหว่างการการรักษาผู้ป่วยด้วยยา ผลดังกล่าวเกิดซ้ำแม้ว่าจะได้รับการดูแลที่เหมาะสม หรือได้รับการดูแลที่ต่ำกว่าเกณฑ์ ประกอบด้วย

- อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาด้วยยาปกติหรือไม่ได้รับที่ควรได้รับ
- อาการบาดเจ็บไม่ว่ามากหรือน้อยที่มีสาเหตุจากการใช้ยาหรือไม่ได้ใช้ยา

การจัดการความเสี่ยง

1.ก่อนเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง

1.1 การหลีกเลี่ยง เช่น วางระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพของบุคลากร

1.2 ปล่อยถ่ายความเสี่ยง เช่น การส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า

1.3 ป้องกันความเสี่ยง เช่น มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันแก่ผู้ปฏิบัติงาน มีระบบบำรุงเชิงป้องกัน มีการตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือ เป็นต้น

1.4 การจัดการให้มีระบบสำรองวัสดุ อุปกรณ์ การเตรียมความพร้อมของเครื่องกำเนิดไฟฟ้า หรือการสำรองข้อมูลเพื่อความพร้อมในการให้บริการ เป็นต้น

2.ขณะเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง ทำอย่างไร

กระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน(Top down flow chart)

กระบวนการหลักการทำงานบริหารความเสี่ยง

1.การค้นหาความเสี่ยง

1.1หน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

1.2ทุกหน่วยงานมีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงประจำหน่วยงาน

1.3รายงานความเสี่ยงเมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นตามแนวทางประจำหน่วยงาน โดยเฉพาะความเสี่ยงระดับรุนแรง

1.4มีการเฝ้าระวังความเสี่ยง โดยมีการสื่อสารให้ทีม สหสาขาวิชาชีพทราบโดยทั่วกัน



2.การประเมินความเสี่ยง

2.1วิเคราะห์ ประเมินความเสี่ยงระดับรุนแรง แยกประเภทโปรแกรมความเสี่ยง รวมทั้งระดับความรุนแรงของความเสี่ยง

2.2อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับรุนแรง ประเมินให้ได้อย่างรวดเร็ว เพื่อจะได้ประสานงานในรายการความเสี่ยงและจัดการความเสี่ยงอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ



3.การจัดการความเสี่ยง

- 3.1อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านข้อร้องเรียน ต้องได้รับการจัดการ
- 3.2หน่วยงานรับรู้ความเสี่ยง ผู้รับผิดชอบความเสี่ยงของหน่วยงาน ดำเนินการจัดการความเสี่ยงเบื้องต้นตามขอบเขตความรับผิดชอบ และประสานงานความเสี่ยงตามระบบ โดยเฉพาะความเสี่ยงในระดับรุนแรงที่ต้องจัดการความเสี่ยงอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
- 3.3รายงานผลการดำเนินการจัดการความเสี่ยง การทบทวนการวิเคราะห์ความเสี่ยงตามแนวทางหรือระบบการแก้ปัญหา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ
- 3.4มีแนวทางการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงและแนวทางการแก้ไขปัญหา



4.การประเมินผล

- 4.1ทีมบริหารความเสี่ยงรวบรวม สรุปความเสี่ยงประจำเดือน และสะท้อนกลับไปยังหน่วยงานต่างๆ เพื่อรับทราบความเสี่ยง การทบทวน วิเคราะห์หาสาเหตุตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหาและป้องกันความเสี่ยงซ้ำ
- 4.2หน่วยงานส่งสรุปผลการทบทวนความเสี่ยงของหน่วยงานให้ทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- 4.3ทีมบริหารความเสี่ยง สรุปภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาล เสนอต่อทีมนำทุกเดือน

3. หลังเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง

- 3.1 ลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์
- 3.2กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหาย ทีมบริหารความเสี่ยง/หน่วยงาน ดำเนินการสรุป เข้าสู่วาระการประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล
- 3.3ติดตามการดำเนินการตามระบบเพื่อป้องกันความเสี่ยงซ้ำ

การบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

แนวทางปฏิบัติ

- 1.จัดตั้งผู้รับผิดชอบความเสี่ยงของหน่วยงาน
- 2.รวบรวมความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นมาทำเป็นบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk profile) ข้อมูลได้มาจาก
 - 2.1 ทบทวนจากกระบวนการหลักของงาน และหาจุดที่อาจเกิดความเสี่ยงได้
 - 2.2 สมุดบันทึกเหตุการณ์ จากสถิติในหน่วยงาน
 - 2.3 ระดมสมองจากประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ บุคคลอื่น วารสาร หนังสือพิมพ์ การประชุม
 - 2.4 ความเสี่ยงจากใบบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง
 - 2.5 จากข้อร้องเรียน หรือข้อเสนอแนะของผู้ใช้บริการ
 - 2.6 จากการทบทวนเวชระเบียน
 - 2.7 จากการสำรวจสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน
 - 2.8 การตรวจสอบและการสอบเทียบตามมาตรฐานที่กำหนด
 - 2.9 จากการนิเทศหรือตรวจการ
 - 2.10 กระบวนการทำงานและการให้บริการในหน่วยงาน

3.ทำบัญชีความเสี่ยง

3.1แยกความเสี่ยงในแต่ละด้าน ตามโปรแกรมความเสี่ยง

3.2นำมาจัดลำดับความสำคัญ โดยคำนึงถึงระดับความรุนแรงของผลกระทบ และความเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์

4.นำเรื่องที่สำคัญ หรือรุนแรงมาพิจารณาและวางมาตรการในการควบคุม ป้องกันที่เหมาะสมโดยวางแผนทางเชิงระบบดังนี้

4.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง การแบ่งระดับความเสี่ยงและลดความสูญเสียหลังการเกิดเหตุการณ์

4.2 วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

4.3 กรณีที่ไม่สามารถจัดการภายในหน่วยงานได้ ให้นำเสนอต่อหัวหน้างาน หาแนวทางแก้ไขร่วมกับทีมคร่อมสายงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

4.4 นำข้อมูลมาสรุป จัดทำแนวทางปฏิบัติ หรือคู่มือในการป้องกันและจัดการความเสี่ยง

4.5 ฝ่ายระวังและติดตามการดำเนินงาน โดยดูจากรายงานอุบัติการณ์และเครื่องชี้วัดของหน่วยงานทุก

เดือน

5.มีการประเมินการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน โดยการรายงานอุบัติการณ์และเครื่องชี้วัดของหน่วยงานทุกเดือน และมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงในเชิงรุกมากขึ้น

6.การค้นหาความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

6.1ค้นหาและรวบรวมความเสี่ยงต่างๆที่มีโอกาสเกิดขึ้นทั้งหมดในโรงพยาบาล ดังนี้

- ข้อมูลจากการรายงานของหน่วยงาน
- ข้อมูลจากการรายงานของโปรแกรมความเสี่ยง ระบบต่างๆ
- สสำรวจ/สัมภาษณ์/เยี่ยมประเมิน หน่วยงานต่างๆ
- ข้อร้องเรียน

หน้าที่ของบุคลากรในงานบริหารความเสี่ยง

1.ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคู่มือการเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

2.เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์เบื้องต้นได้

3.รายงานความเสี่ยงเข้าสู่ระบบ เมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น

4.รายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับ

5.ร่วมวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

6.ร่วมวางระบบ/แนวทางในการแก้ปัญหา และป้องกันความเสี่ยงซ้ำ

การจัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

เจ้าหน้าที่ที่ประสบเหตุต้องประเมินและจัดการปัญหาเบื้องต้น

1.กรณีควบคุมสถานการณ์ได้ ให้รายงานผู้บังคับบัญชาทราบเรื่องที่เกิดขึ้นและแก้ไขเหตุการณ์ และเขียนบันทึกเหตุการณ์ในแบบบันทึกความเสี่ยง/Near miss ของหน่วยงานให้หัวหน้างาน/หน่วยงานทราบและสรุปรายงานประจำเดือน ส่งให้ทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลทราบ

2.กรณีควบคุมสถานการณ์ไม่ได้ แจ้งประธานบริหารความเสี่ยงทราบทันทีและเขียนใบอุบัติการณ์ ให้หัวหน้างาน/หน่วยงานทราบ และส่งให้ทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง

3.กรณีเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้นรุนแรงสูง และมีโอกาสสูงที่องร้องให้แจ้งต่อเลขาทีมบริหารความเสี่ยง หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันที เพื่อดำเนินการแก้ไขความเสี่ยงนั้นอย่างเหมาะสม และให้เขียนใบอุบัติการณ์ให้
4.กำหนดความเสี่ยงที่ต้องรายงานผู้อำนวยการทราบทันที ภายใน 6 ชั่วโมง ทั้งหมด 7 ราย และแจ้งให้ผู้ปฏิบัติทราบโดยทั้งถึงกัน คือ

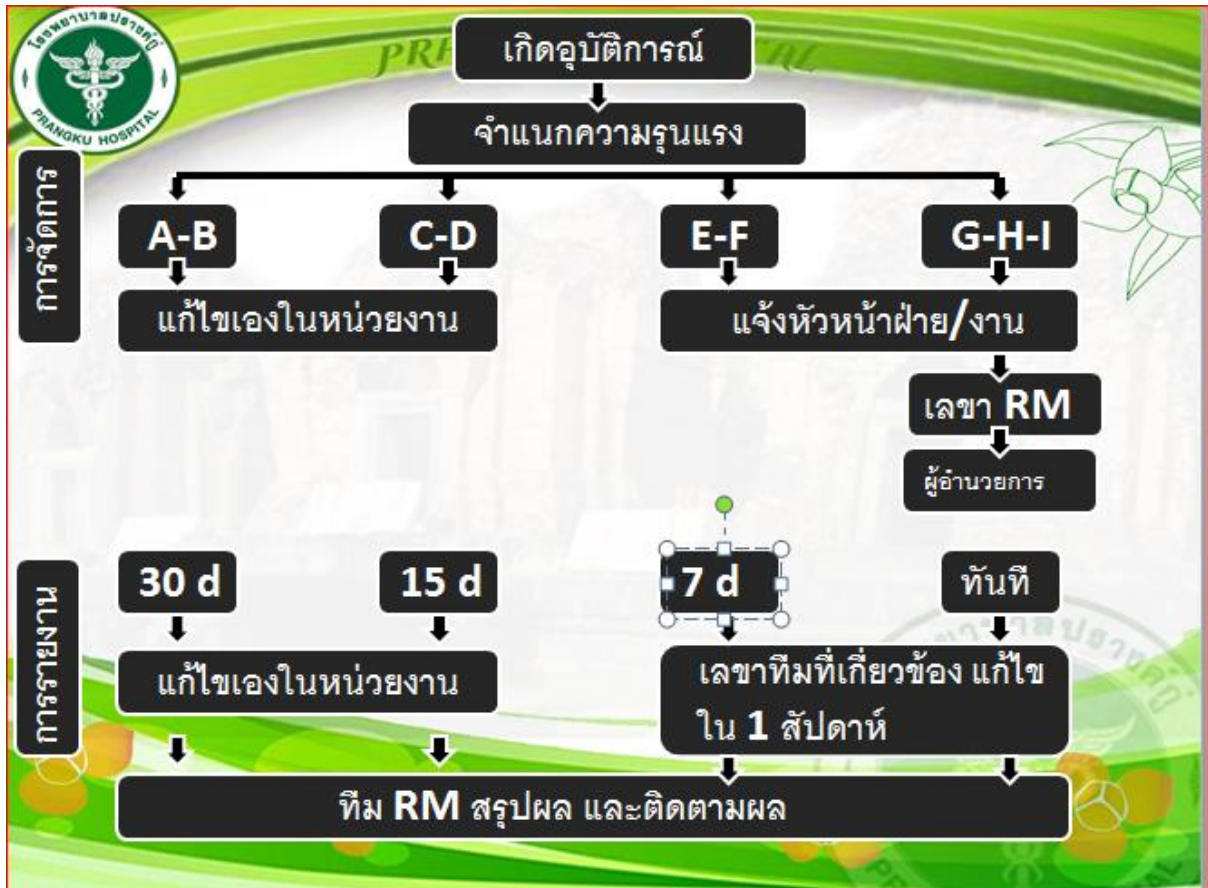
- เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และด้านคลินิกที่ส่งผลเป็นอันตรายถึงชีวิต (ระดับ I)
- อัคคีภัย/ภัยธรรมชาติ/วินาศภัย
- อุบัติเหตุหมู่
- การจับตัวประกันในโรงพยาบาล
- การฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล การทอดทิ้ง/ลักพาทารก
- เหตุการณ์ที่มีความรุนแรงสูงสุดอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต และชื่อเสียงของโรงพยาบาล รวมถึงมูลค่าความเสียหายของทรัพย์สินเกิน 10,000 บาทขึ้นไป

***หมายเหตุ รายงานทันทีภายใน 6 ชั่วโมง และเขียนใบอุบัติการณ์ภายใน 24 ชั่วโมง

การบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

- 1.จัดทำใบบันทึกอุบัติการณ์ให้ทุกหน่วยงานบันทึกในกรณีที่มีความเสี่ยงเกิดขึ้น
- 2.ทีมบริหารความเสี่ยงนำใบบันทึกอุบัติการณ์และรายงานความเสี่ยงต่างๆที่ได้รับรายงานมาวิเคราะห์ และจัดเข้าระบบตามโปรแกรมความเสี่ยง 6ด้าน เพื่อนำเสนอในทีมนำของโรงพยาบาลและรายงานการบริหารความเสี่ยงประจำเดือน
- 3.ทีมบริหารความเสี่ยง นำความเสี่ยงจากที่ได้รับรายงานมาจัดลำดับความสำคัญและนำเรื่องที่สำคัญเสนอต่อทีมนำเพื่อวิเคราะห์ปัญหาในประเด็นต่อไปนี้
 - สาเหตุ ปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดความเสียหาย
 - ความรุนแรงของเรื่องที่เกิดขึ้น
 - ประสิทธิภาพ ความเหมาะสมของกลยุทธ์ที่ใช้ป้องกันและจัดการกับเหตุการณ์นั้น
 - การปรับเปลี่ยนกลยุทธ์เพื่อให้ได้ผลดีขึ้นกว่าเดิม
- 4.ทีมบริหารความเสี่ยงนำผลที่สรุปแล้ว แจ้งให้หน่วยงานที่รับผิดชอบทราบ มีการกำหนดเวลาในการติดตามความก้าวหน้าทุกครั้ง

การจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล



รายงานอุบัติการณ์

ระดับความรุนแรง	ผลลัพธ์	การจัดการความเสี่ยงรูปแบบเดิม	การจัดการรูปแบบใหม่
G,H,I (Sentinel event)	รุนแรงสูง	-ลดผลกระทบทันที -รายงานทันที(ตามflow) -ต้องป้องกันการเกิดซ้ำ	แก้ไขและรายงานทันทีภายใน6 ชั่วโมง พร้อมหาRCA ส่งรายงานการทบทวนภายใน 7 วัน
E,F (Adverse event)	รุนแรงปานกลาง	-ต้องป้องกันการเกิดซ้ำ -รายงานหัวหน้างาน หัวหน้าฝ่ายภายใน 3 วัน	-แก้ไขและรายงานภายใน 3 วัน พร้อมหาRCA ส่งรายงานการทบทวนภายใน 7 วัน
C,D(Low risk)	รุนแรงต่ำ	-แก้ไขและส่งรายงานทุกเดือน	-หน่วยงานดำเนินแก้ไข วางมาตรการป้องกันความเสี่ยง ส่งรายงานภายใน 15 วัน
A,B(Near miss)	ไม่รุนแรง	-แก้ไขและส่งรายงานทุกเดือน	-หน่วยงานดำเนินแก้ไข วางมาตรการป้องกันความเสี่ยง ส่งรายงานภายใน 30วัน

การรายงานความเสี่ยงนอกเวลาราชการ

เหตุการณ์รุนแรงสูง(Sentinel event)

- 1.เจ้าหน้าที่รายงานหัวหน้าเวรทราบ
- 2.หัวหน้าเวรรายงานหัวหน้างานทราบ เพื่อพิจารณาแก้ไขปัญหาเบื้องต้น
- 3.แจ้งเลขาทีมบริหารความเสี่ยงและผู้อำนวยการโรงพยาบาลทราบทันทีภายใน 6 ชั่วโมง
- 4.หลังเหตุการณ์สงบเขียนใบบันทึกอุบัติการณ์ ให้หัวหน้างานหัวหน้าฝ่ายรับทราบ และส่งให้ทีมบริหารความเสี่ยงภายใน 24 ชั่วโมง (หากเป็นวันหยุดให้ส่งในวันราชการ)

ความเสี่ยงในระดับรุนแรงปานกลาง และรุนแรงต่ำ

1.ความเสี่ยงในระดับรุนแรงปานกลางและรุนแรงต่ำ ให้เขียนใบรายงานอุบัติการณ์รายงานแก่หัวหน้างาน/หน่วยงานหรือลงโปรแกรมความเสี่ยงในโปรแกรมHim-pro ตามระยะเวลาที่กำหนด

ความเสี่ยงที่ต้องรายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลทราบทันที 7 รายการ ดังนี้

- เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และด้านคลินิกที่ส่งผลเป็นอันตรายถึงชีวิต (ระดับ I)
- อัคคีภัย/ภัยธรรมชาติ/วินาศภัย
- อุบัติเหตุหมู่
- การจับตัวประกันในโรงพยาบาล
- การฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล การทอดทิ้ง/ลักพาทารก
- เหตุการณ์ที่มีความรุนแรงสูงสุดอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต และชื่อเสียงของโรงพยาบาล รวมถึงมูลค่าความเสียหายของทรัพย์สินเกิน 10,000 บาทขึ้นไป

โปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาลปรangkū มีทั้งหมด 6 โปรแกรม ดังนี้

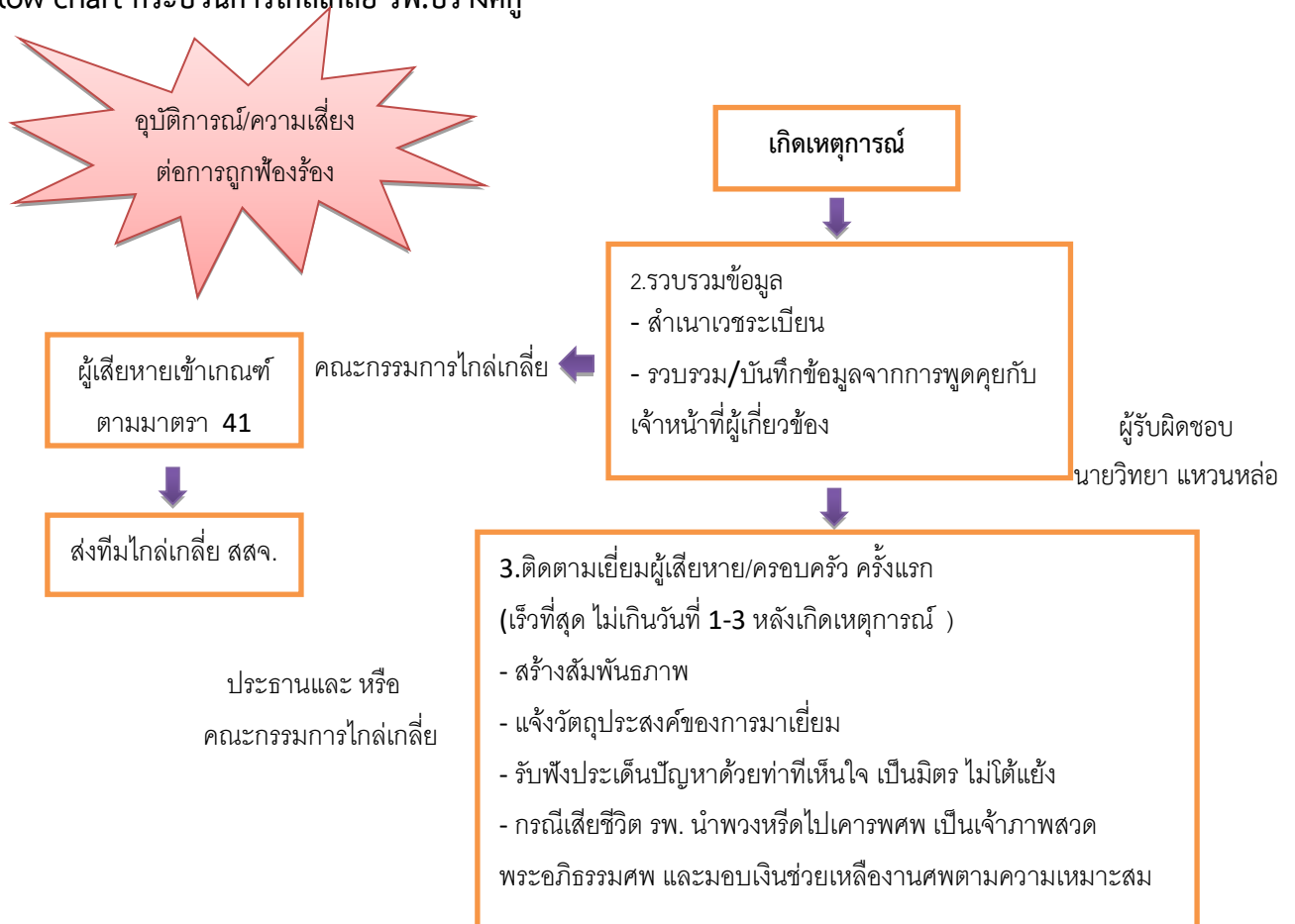
1. โปรแกรมด้านการดูแลรักษาพยาบาล (Patient Care Team : PCT)
2. โปรแกรมด้านยา(Pharmaceutical and Therapeutic committee : PTC)
3. โปรแกรมด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล(Infection Control : IC)
4. โปรแกรมด้านสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ,เครื่องมือแพทย์(Environment and Equipment : ENV and EQM)
5. โปรแกรมด้านบุคลากร(Human Resource Development : HRD)
6. โปรแกรมด้านเวชระเบียนและสารสนเทศ(Information management : IM)

การจัดระดับความรุนแรง แบ่งเป็นด้าน Clinic และ Non - Clinic

ระดับความรุนแรง		
Clinic	Non-Clinic	
A	เกือบพลาด	เกือบพลาด
B	พลาดแต่ยังไม่ถึงบุคลากร/ผู้ป่วย	เกิดขึ้นแต่ไม่มีผลเสียหายต่อองค์กร
C	พลาดแต่ไม่เกิดอันตราย	เสียหาย < 5000 หรือหยุดให้บริการ < 1 ชั่วโมง
D	พลาดต้องดูแลเฝ้าระวังมากขึ้น	เสียหาย > 5000-10000 หรือหยุดให้บริการ < 4 ชั่วโมง
E	พลาดต้องได้รับการรักษาเพิ่ม	เสียหาย > 10000-50000 หรือหยุดให้บริการ < 24 ชั่วโมง
F	พลาดต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น	เสียหาย > 10000-50000 และหยุดให้บริการ < 24 ชั่วโมง
G	พลาดทำให้เกิดความพิการถาวร	เสียหายถาวร > 50000 หรือหยุดให้บริการ < 24 ชั่วโมง
H	พลาดมีผลทำให้เกิดช่วยชีวิต	เสียหายถาวร > 50000 และหยุดให้บริการ < 24 ชั่วโมง
I	พลาดมีผลทำให้เสียชีวิต	เสียหายถาวร > 100000 และหยุดให้บริการ < 24 ชั่วโมง

ขั้นตอนการดำเนินการรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ โรงพยาบาลปรังค์กู๋

Flow chart กระบวนการไต่สวน รพ.ปรังค์กู๋



คณะกรรมการใกล้เคียง

4.ประชุมคณะกรรมการฯ

- วิเคราะห์ข้อมูล/เหตุการณ์/สรุปประเด็นที่ร้องเรียน
- กำหนดแนวทางการช่วยเหลือ/เยียวยาผู้เสียหายและครอบครัว
- กรณีที่จำเป็นอาจต้องประสานกับทีมที่ปรึกษาเพื่อให้การช่วยเหลือด้านขวัญกำลังใจของผู้เสียหายและครอบครัว
- สรุปข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบงานของโรงพยาบาล
- เสนอรายงานต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

คณะกรรมการใกล้เคียง

5.การเยี่ยมผู้เสียหายต่อเนื่อง

- ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์
- ครั้งที่ 3 ห่างจากครั้งที่สอง 2 สัปดาห์
- การเยียวยาทางจิตใจ/ สังคม
- ให้ข้อมูล/ ข้อเท็จจริงที่ได้จากการประชุม
- บันทึกรายงานผลการเยี่ยมเสนอต่อประธานกรรมการ

6.เก็บรวบรวมรายงาน

การทำRisk matrix ทำเพื่อประเมินว่าความเสี่ยงใดที่ต้องให้ความสำคัญในการบริหารจัดการ (Risk prioritization) รวมถึงหาวิธีการจัดการ
 เลขาทีมใกล้เคียง

การแบ่งระดับความรุนแรงและผลกระทบ

- ▶ 1 ระดับโอกาสเกิดเหตุการณ์หรือความถี่(Likelihood) เป็นการวัดเชิงปริมาณ แบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้
 - ระดับ 5 = สูงมาก (> 25 ครั้ง)
 - ระดับ 4 = สูง (12 - 25 ครั้ง)
 - ระดับ 3 = ปานกลาง (5 - 10 ครั้ง)
 - ระดับ 2 = น้อย (2- 5ครั้ง)
 - ระดับ 1 = น้อยมาก (1 ครั้ง)

2.ระดับความรุนแรง

- Near miss = ความเสี่ยงระดับ A-B ความรุนแรงน้อยมาก ค่าคะแนน 1 คะแนน
- Low risk = ความเสี่ยงระดับ C-D ความรุนแรงน้อย ค่าคะแนน 2 คะแนน
- Moderate risk = ความเสี่ยงระดับ E-F ความรุนแรงปานกลาง ค่าคะแนน 3 คะแนน
- High risk = ความเสี่ยงระดับ G-H ความรุนแรงสูง ค่าคะแนน 4 คะแนน และ ความเสี่ยงระดับ I มีค่าคะแนน 5 คะแนน

การประเมินระดับความเสี่ยง(Risk Assesment matrix)

- สูตรการหาระดับค่าความเสี่ยง
- ❖ ระดับความเสี่ยง = ระดับโอกาสเกิดเหตุการณ์ X ระดับความรุนแรงของผลกระทบ
- จัดแบ่งเป็น 4 ระดับ มีเกณฑ์การจัดแบ่งดังนี้
 - 1) ความเสี่ยงระดับต่ำ (Low) ใช้ตัวย่อ L คะแนน 1-3 กำหนดเป็นสีเขียว ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นสามารถยอมรับได้
 - 2) ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Medium) ใช้ตัวย่อ M คะแนน 4-7 กำหนดเป็นสีเหลือง เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ แต่ต้องมีการจัดการเพิ่มเติม
 - 3) ความเสี่ยงระดับสูง(High)ใช้ตัวย่อH คะแนน8-14คะแนน กำหนดเป็นสีส้ม ต้องมีแผนลดความเสี่ยง เพื่อให้ความเสี่ยงนั้นอยู่ระดับที่ยอมรับได้
 - 4) ความเสี่ยงระดับสูงมาก(Extreme)ใช้ตัวย่อE คะแนน15-25 กำหนดเป็นสีแดง ต้องมีแผนลดความเสี่ยงและประเมินซ้ำ

ตารางแผนภูมิความเสี่ยง (Risk profile)

โอกาสที่จะเกิด	ระดับความรุนแรงของผลกระทบ				
	1	2	3	4	5
5	5=M	10=H	15=E	20=E	25=E
4	4=M	8=H	12=H	16=E	20=E
3	3=L	6=H	9=H	12=H	15=E
2	2=L	4=M	6=M	8=H	10=H
1	1=L	2=L	3=L	4=M	5=

เกณฑ์ความสามารถในการยอมรับความเสี่ยง

- ระดับความเสี่ยงสูงทุกกรณี ต้องมีการควบคุมความเสี่ยง การติดตามประเมินผลต่อความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 แบบฟอร์มการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก

ภาคผนวก 2...แบบฟอร์มการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางnon-clinic

ภาคผนวก 3...แบบฟอร์มบัญชีความเสี่ยงหน่วยงาน

ภาคผนวก 4..แบบฟอร์มสรุปรายงานความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลปรางค์กู่

ภาคผนวก 5 ...แบบสรุปผลการจัดการข้อร้องเรียน

แบบสรุปรายงานการบริหารความความเสี่ยง

โรงพยาบาลปรางค์กู่

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

1.จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด.....เรื่อง.....ครั้ง

2.จำนวนอุบัติการณ์แยกโปรแกรมความเสี่ยง

- การดูแลผู้ป่วย.....เรื่อง
- ความคลาดเคลื่อนทางยา.....เรื่อง
- การควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อ.....เรื่อง
- สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย.....เรื่อง
- เครื่องมือ.....เรื่อง
- เวชระเบียนและสารสนเทศ.....เรื่อง
- พัฒนาศูนย์บริการบุคคล.....เรื่อง
- ข้อร้องเรียน.....เรื่อง

3.จำนวนอุบัติการณ์ตามระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น

ระดับความรุนแรง	ด้านคลินิก(เรื่อง)	ด้านไม่ใช้คลินิก(เรื่อง)
A		
B		
C		
D		
E		
F		
G		
H		
I		

วันที่สรุปรายงาน

...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เลขาธิการบริหารความเสี่ยง

แบบสรุปผลการจัดการข้อร้องเรียน

โรงพยาบาลปรางค์กู่

ชื่อ - สกุล ผู้รับบริการ.....อายุ.....

ปีHN.....

ที่อยู่.....วันที่รับ.....วันที่จำหน่าย.....

สถานที่เกิดเหตุการณ์.....วันที่เกิดเหตุการณ์.....เวลาที่เกิด.....

รายละเอียดการเกิดเหตุการณ์

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สรุปการดำเนินการแก้ไข/ไกล่เกลี่ย/ให้ความช่วยเหลือ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้บันทึก

.....

()

ตำแหน่ง.....