

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการภูมิภาค

โรงพยาบาลปรังค์กู สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. 2561

สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลปรังค์กู สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วัน/เดือน/ปี : 17 ตุลาคม 2566

หัวข้อ : คู่มือปฏิบัติการการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

มีคู่มือปฏิบัติการการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ที่มีแบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน

Link ภายนอก :

หมายเหตุ

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

๑ -

(นางสาวจิราวรรณ พรหมมานนท์)

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

วันที่ 17 ต.ค. 66

ผู้อนุมัติรับรอง

L - m m

(นายเสกสรรค์ จวงจันทร์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปรังค์กู

วันที่ 17 ต.ค. 66

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

๑๒๐

(นางสาวสมใจ ศรีบริบูรณ์)

นักวิชาการพัสดุ

วันที่ 17 ต.ค. 66

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 เป็นคู่มือของฝ่ายหรือหน่วยงาน นำไปสู่การปฏิบัติและติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
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 คำบ่น		
รายงานอุบัติการณ์(Incident report)		
การPre-post conference		
การสำรวจสิ่งแวดล้อม		
Quality nursing round		
รายงานการนิเทศ		
ใบลาป่วย/ลาปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่		
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. การทบทวนประสบการณ์ โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำอีก ทั้งที่มีมาตรการป้องกัน มากกว่าที่จะดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ คำถามที่ต้องการคือ
 - อุบัติการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไร ทั้งๆ ที่มีมาตรการป้องกันแล้ว
 - อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์เดียวหรือเป็นเรื่องของระบบ ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นอีกได้หรือไม่
 - การตรวจสอบความเสี่งที่เกิดขึ้นใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใส่กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

จุดเน้นในการพัฒนา

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

วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

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

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 บริหารยาผิดขนาดแต่ตรวจพบได้เร็วและสามารถให้ยาด้านได้ โดยไม่มีอาการรุนแรงตามมา ดังนั้น Near miss เป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่ต้องทบทวน มีความสำคัญเพราะหากเกิดซ้ำในสถานการณ์ที่ต่างออกไป จะนำไปสู่การเสียชีวิต หรือบาดเจ็บรุนแรงได้ near miss ในรพ. ปรารังค์กูคือ ความเสี่ยงระดับ 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.ทรัพย์สินเสียหายหรือกรรโชกทรัพย์</p> <p>3.ความเสียหายจากปัญหาสิ่งแวดล้อม เช่น น้ำท่วม ไฟดับ(กรณีสำรองไฟไม่ทำงาน) ไฟไหม้ น้ำไม่ไหล ภายในเวลามีกำหนด severไม่ได้รับการแก้ไขภายในเวลาที่กำหนด เป็นต้น</p> <p>4.การข่มขู่ ทำร้าย ทะเลาะวิวาทหรือถูกประทุษร้าย</p> <p>5.การประสพอุบัติเหตุของยานพาหนะโรงพยาบาล</p> <p>6.การล่วงละเมิดทางเพศ 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 -สังหารกษัตริย์ แม่

8.ความคลาดเคลื่อนทางยา(Medication error) หมายถึง เหตุการณ์ใดๆ ที่สามารถป้องกันได้ซึ่งอาจ นำส่งไปสู่การใช้ยาที่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ขณะที่ยาอยู่ในความคุมของบุคลากรของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ป่วยหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์เหล่านั้นอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ป่วยหรือผู้พบเห็น เหตุการณ์เหล่านั้นอาจอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ วิธีการปฏิบัติและระบบครอบคลุม การสั่งใช้ยา 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 ฝ่อกถ่ายความเสี่ยง 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 และแจ้งให้ผู้ปฏิบัติทราบโดยทั่วถึงกัน คือ

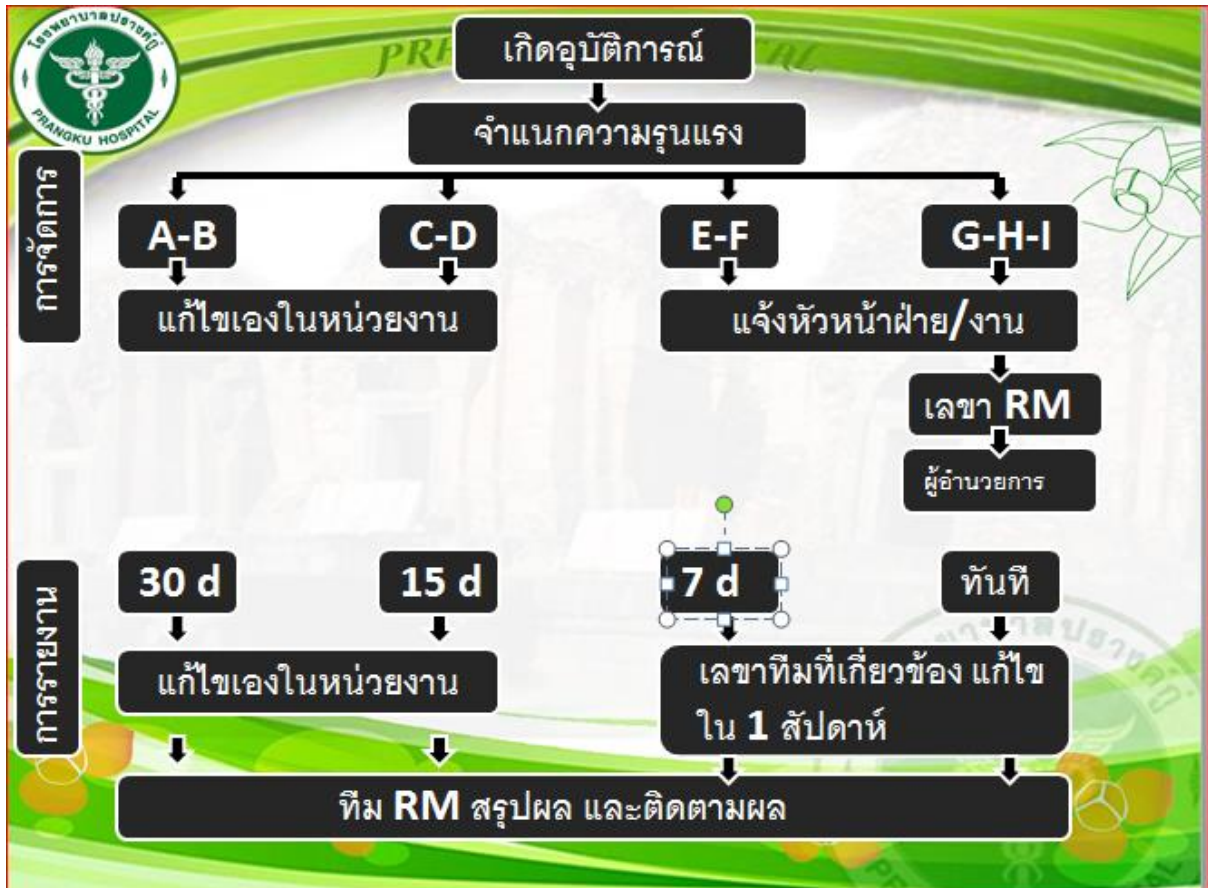
- เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และด้านคลินิกที่ส่งผลเป็นอันตรายถึงชีวิต (ระดับ I)
- อัคคีภัย/ภัยธรรมชาติ/วินาศภัย
- อุบัติเหตุหมู่
- การจับตัวประกันในโรงพยาบาล
- การฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล การทอดทิ้ง/ลักพาทารก
- เหตุการณ์ที่มีความรุนแรงสูงสุดอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต และชื่อเสียงของโรงพยาบาล รวมถึงมูลค่าความเสียหายของทรัพย์สินเกิน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

โปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาลปรังค์กู มีทั้งหมด 6 โปรแกรม ดังนี้

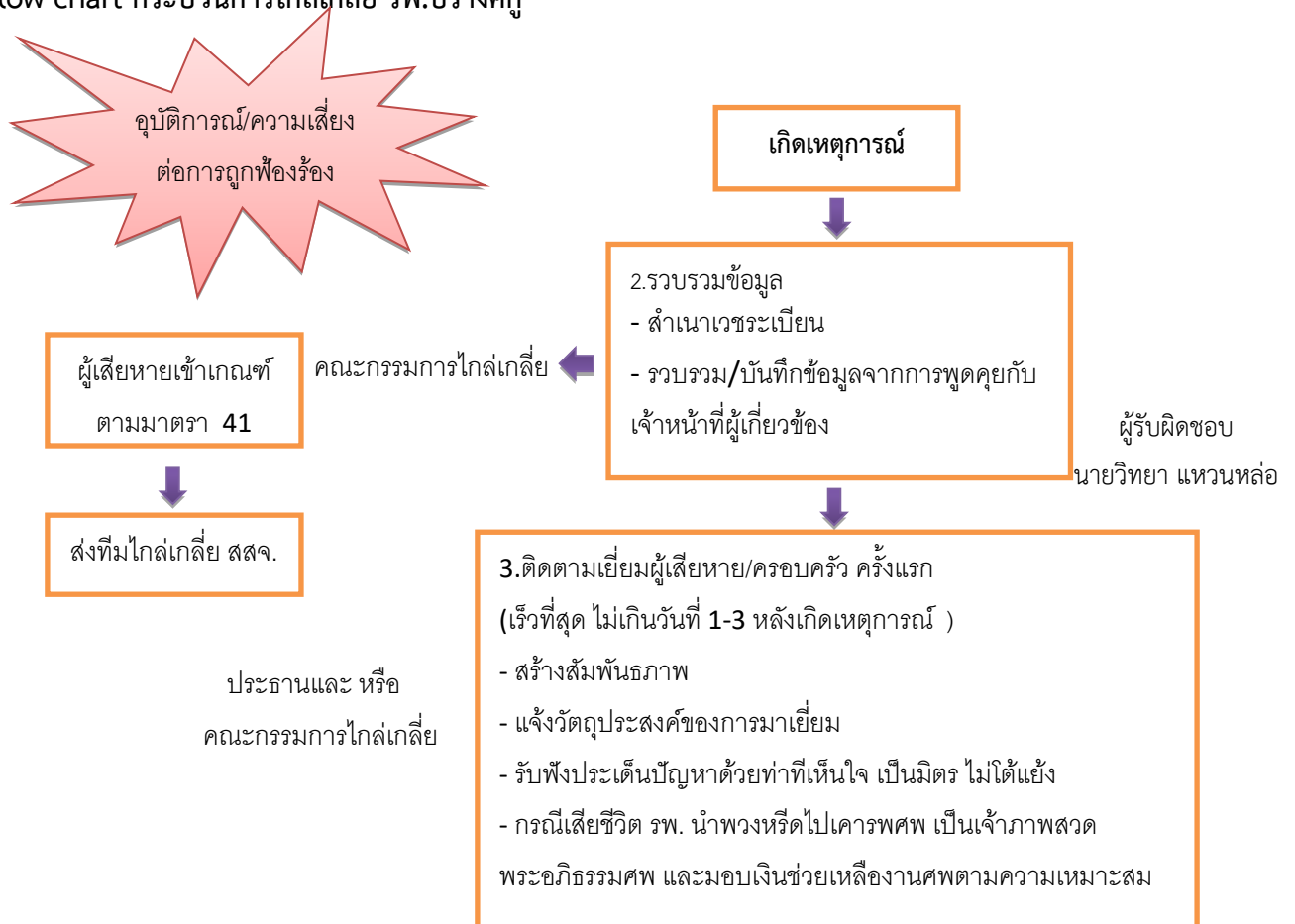
1. โปรแกรมด้านการดูแลรักษาพยาบาล (Patient Care Team : PCT)
2. โปรแกรมด้านยา(Pharmaceutical and Therapeutic committee : PTC)
3. โปรแกรมด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล(Infection Control : IC)
4. โปรแกรมด้านสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ,เครื่องมือแพทย์(Environment and Equipment : 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 Assessment 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)	ด้านไม่ใช่คลินิก(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.....