

คู่มือบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลจตุรัส

ปรับปรุง มกราคม ๒๕๖๔

สารบัญ

๑. บริบท ระบบบริหารจัดการความเสี่ยง	๑
๒. วัตถุประสงค์	๑
๓. เป้าหมาย	๑
๔. ขอบเขต	๑
๕. นโยบาย	๑
๖. คำจำกัดความ	๒
๗. ระดับความเสี่ยง	๔
๘. โปรแกรมบริหารความเสี่ยง	๕
๙. โครงสร้างของทีม	๕
๑๐. ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง	๘
a. การค้นหาความเสี่ยง	๙
b. การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง	๙
c. การจัดการกับความเสี่ยง	๑๒
d. การรายงานความเสี่ยง	๑๓
e. การประเมินผล	๑๔
๑๑. ภาคผนวก	๑๕
a. ภาคผนวก ๑ แบบฟอร์มรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	
b. ภาคผนวก ๒ สรุปผลการทบทวน (ทบทวนคลินิกเฉพาะโรค ของ PCT)	
c. ภาคผนวก ๓ รหัสความเสี่ยงทางคลินิก	
d. ภาคผนวก ๔ รหัสความเสี่ยงทั่วไป	
e. ภาคผนวก ๕ แบบบันทึกบัญชีความเสี่ยงหน่วยงาน	
f. ภาคผนวก ๖ แบบสรุปผลการจัดการข้อร้องเรียน	
g. ภาคผนวก ๗ การจัดทำทะเบียนจัดการความเสี่ยง	
h. ภาคผนวก ๘ รายงานผลการทบทวนความเสี่ยง	

การบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลจตุรัส

๑. บริบท ระบบบริหารจัดการความเสี่ยง

ทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลจตุรัส เป็นทีมคร่อมสายงานที่ทำหน้าที่บริหารความเสี่ยงในภาพรวมของโรงพยาบาล มีประธานกรรมการทำหน้าที่เป็นผู้จัดการความเสี่ยง มีคณะกรรมการใกล้เคียงในกรณีที่มีข้อร้องเรียน คณะกรรมการของทีมมีตัวแทนจากทีมคร่อมสายงานที่ดูแลโปรแกรมความเสี่ยงที่มีอยู่ครอบคลุมทั้งหมด ๙ โปรแกรม คือ (๑)ระบบการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (๒)ระบบการจัดการข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ (๓)ระบบสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (๔)ระบบการควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อ (๕)ระบบเวชระเบียนและสารสนเทศ (๖)ระบบยา (๗)ระบบบุคลากรและจริยธรรม (๘) ระบบด้านทรัพยากร (ด้านการเงิน งบประมาณ) (๙)ระบบด้านเครื่องมือและอุปกรณ์

๒. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถจัดระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานได้ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน
๒. เพื่อให้การดำเนินงานระบบบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ
๓. เพื่อให้เกิดความปลอดภัย กับผู้รับบริการ บุคลากร สิ่งแวดล้อมรวมถึงทรัพย์สินในโรงพยาบาล

๓. เป้าหมาย

๑. บุคลากรสามารถรับรู้ ป้องกัน จำกัดความเสี่ยงอันตรายและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในองค์กร
๒. เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

๔. ขอบเขต

๑. กระตุ้นให้บุคลากรค้นหาความเสี่ยงในโรงพยาบาล
๒. ประเมินความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
๓. จัดการกับความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
๔. ประสานกับโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องเพื่อทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกับหน่วยงาน
๕. ประเมินผล ติดตามการจัดการกับความเสี่ยงในโรงพยาบาล
๖. รวบรวมรายงาน เชื่อมโยงข้อมูลให้หน่วยงานและโปรแกรมความเสี่ยงต่างๆ เพื่อให้เกิดการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ
๗. วิเคราะห์และนำเสนอแนวโน้มการเกิดอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำในอนาคต

๕. นโยบาย

นโยบายการบริหารความเสี่ยง และอุบัติการณ์สำคัญ

โรงพยาบาลจตุรัส อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๔

เพื่อให้การดำเนินงานระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลจตุรัส เกิดประสิทธิภาพสูงสุดตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงขอประกาศนโยบายการบริหารความเสี่ยง ดังต่อไปนี้

ระดับโรงพยาบาล

- กำหนดให้“ความปลอดภัย”เป็นเป้าหมายหลักในการให้บริการ ปลอดภัยต่อทั้ง ผู้รับบริการ บุคลากร สิ่งแวดล้อมรวมถึงทรัพย์สินของโรงพยาบาล
- มีการจัดการและดำเนินการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง โดยกำหนดให้บริหารความเสี่ยงเป็นตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกหน่วยงาน
- สร้างวัฒนธรรมองค์กรด้านความเสี่ยง เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่า และมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง
- พัฒนางองค์ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงขององค์กร

ระดับหน่วยงาน

- การรายงานความเสี่ยงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทุกคนที่ต้องปฏิบัติเมื่อพบเห็นอุบัติการณ์อันอาจนำไปสู่เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยไม่มีการตำหนิหรือกล่าวโทษซึ่งกันและกัน ทั้งผู้รายงานและผู้ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์
- ทุกหน่วยงานทุกระดับ มีการค้นหา และจัดทำบัญชีความเสี่ยง เพื่อการทบทวน วิเคราะห์ความเสี่ยงนั้น และนำผลการทบทวนมา จัดทำแนวทางการป้องกัน และการเฝ้าระวัง ไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำอีก
- บุคลากรที่พบเห็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง ให้ทำการแก้ปัญหาเบื้องต้นเพื่อลดความรุนแรง และรายงานทันทีตามลำดับขั้นของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
- เมื่อมีข้อร้องเรียน ไม่ว่าจะป็นด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร โรงพยาบาลถือว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญ ต้องมีการรายงาน และตอบสนองข้อร้องเรียนอย่างเหมาะสมโดยเร็ว

โดยคู่มือการบริหารความเสี่ยงนี้ ใช้เป็นคู่มือในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรทุกคน /หน่วยงาน คณะกรรมการทีมต่างๆ ของโรงพยาบาล

๖. คำจำกัดความ

- ๖.๑ การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) หมายถึง การจัดการกับโอกาสที่ จะเกิดความสูญเสียหรือความเสียหาย อันตรายต่างๆที่จะเกิดขึ้นอย่างมีกระบวนการที่เป็นระบบแบบแผนชัดเจน เพื่อลดโอกาสเกิดและลดปริมาณความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น
- ๖.๒ ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งสิ่งไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลอาจมีได้หลากหลาย เช่น อันตรายหรือการบาดเจ็บต่อร่างกายและจิตใจ เหตุร้าย ภาวะคุกคาม ความไม่แน่นอน การเปิดเผยความลับ ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งด้านกายภาพ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ
- ๖.๓ บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้นหรือเคยเกิดขึ้น ซึ่งหน่วยงานรับผิดชอบรวบรวม จัดทำขึ้นโดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์, ข้อมูลในอดีต, การทบทวนกระบวนการทำงานของหน่วยงาน, จากหน่วยงานอื่นๆ และทบทวนเหตุการณ์ต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ พร้อมวางมาตรการในการป้องกันความเสี่ยง โดยมีทั้งระดับโรงพยาบาล และระดับหน่วยงาน
- ๖.๔ อุบัติการณ์ (Incident) คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดเป็นเหตุนำไปสู่การเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) หรือ เหตุการณ์เกือบพลาด (Near Miss)

๖.๕ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) หมายถึง การบาดเจ็บ อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นผลจากการดูแลรักษา มิใช่กระบวนการตามธรรมชาติของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรืออวัยวะสูญเสียการทำงานที่ / เป็นเหตุการณ์/อุบัติการณ์ซึ่งนำไปสู่อันตราย

๖.๖ เหตุการณ์เกือบพลาด (Near Miss) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน หรือด้วยความบังเอิญป้องกันได้ทันก่อนเกิดเหตุการณ์

๖.๗ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์รุนแรง (Sentinel Event) หมายถึง เหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้น โดยไม่มีการคาดการณ์มาก่อน ซึ่งมีผลทำให้เกิดความเสียหายจนถึงแก่ชีวิต หรือสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะอย่างถาวรอันได้แก่ ระบบความรู้สึก ระบบประสาทอัตโนมัติ สรีระร่างกายและระบบความทรงจำ ซึ่งส่งผลให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป โดยไม่มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคที่เจ็บป่วยในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงความเสียหายที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง และเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์รุนแรงได้แก่

- ๑) ผู้รับบริการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย
- ๒) การเสียชีวิตจากการให้เลือดผิดหมู่ผิดคน
- ๓) ผู้รับบริการเสียชีวิตซึ่งไม่เกี่ยวกับการดำเนินของโรคหรือการเจ็บป่วยในขณะนั้น
- ๔) การผ่าตัดผิดตำแหน่ง / ผิดประเภท / ผ่าตัดผิดคน
- ๕) ผู้รับบริการสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายหรือมีภาวะทุพพลภาพอย่างถาวรโดยไม่เกี่ยวข้องกับการดำเนินของโรคหรือการเจ็บป่วยในขณะนั้น
- ๖) ผู้รับบริการได้รับผลกระทบหรือความเสียหายอาจถึงกับพิการหรือเสียชีวิต อันเป็นเหตุจากความบกพร่องของ อุปกรณ์/ เครื่องมือทางการแพทย์รวมถึงจากบุคลากรทางการแพทย์/กระบวนการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การผ่าตัด/หัตถการต่างๆ การพลัดตกหกล้ม (Fall) การถูกยึดตรึง (Restraint) ความคลาดเคลื่อนทางยา(Medication Error) และความล่าช้าในการรักษา(Delay Treatment) เป็นต้น
- ๗) การมีสิ่งของ / อุปกรณ์ตกค้างอยู่ในร่างกายผู้ป่วย
- ๘) การทำร้ายร่างกาย / ข่มขืนหรือล่วงเกินทางเพศ/ ฆาตกรรมในโรงพยาบาล
- ๙) การลักพาตัวทารก / การส่งมอบทารกผิดครอบครัว
- ๑๐) อุบัติเหตุกลุ่มชนที่ต้องประกาศสถานการณ์ อัคคีภัย วิกฤติภัย ที่ส่งผลเสียต่อทรัพย์สินรุนแรง
- ๑๑) อุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือฟ้องร้อง หรือมีสื่อมวลชนเข้ามาเกี่ยวข้อง

๖.๘ วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety culture) คือคุณลักษณะขององค์กรในด้านความปลอดภัยดังนี้

- ๑) การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาด
- ๒) สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลาด โดยไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ
- ๓) มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความล่าช้าหรือความผิดพลาดต่างๆ
- ๔) ความเต็มใจขององค์กรที่จะสนับสนุนให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย

๖.๙ ระดับความรุนแรงของผลกระทบความเสี่ยง แบ่งเป็น ด้านความเสี่ยงทางคลินิก และด้านความเสี่ยงทั่วไป

- ความเสี่ยงทางคลินิก แบ่งเป็น ๙ ระดับ (A – I)
- ความเสี่ยงทั่วไป แบ่งเป็น ๔ ระดับ (๑ – ๔)

๗. ระดับความเสี่ยง

การแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยง
ความรุนแรงความเสี่ยงทางคลินิกแบ่งเป็น ๙ ระดับ

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง
A	เหตุการณ์ที่มีโอกาสผิดพลาด	เกือบพลาด
B	ความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วยและ/หรือบุคลากร	
C	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตราย	รุนแรงต่ำ
D	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ	
E	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวต้องรักษาเพิ่มมากขึ้น	ปานกลาง
F	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น	
G	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร	สูง
H	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต	
I	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต	

ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไปมี ๔ ระดับ

ระดับ	ผลกระทบ			ความรุนแรง
	ทรัพย์สิน	ระบบงาน	ชื่อเสียง	
๑	เป็นเรื่องปกติ อาจก่อความรำคาญ ยังไม่เกิดความเสียหาย (Near Miss)			เกือบพลาด
๒	ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินอย่างมาก ซึ่งสามารถแก้ไขได้แต่อาจต้อง สูญเสียบางสิ่งไปหรือผู้ป่วยไม่พอใจต้องการให้รพ.รับผิดชอบโดยแจ้งหัวหน้า งาน/ผอ.รพ.โดยตรง			รุนแรงต่ำ
	ทรัพย์สินเสียหายเล็กน้อย อุปกรณ์ชำรุด มูลค่าความเสียหายไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท	มีผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน ต้องมีการปรับระบบงานภายใน	ถูกร้องเรียนภายใน รพ. ระบุชื่อแต่ยังไม่แพร่กระจายออกนอกรพ.	
๓	ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินอย่างมาก ซึ่งสามารถแก้ไขได้แต่อาจต้อง สูญเสียบางสิ่งไปหรือผู้ป่วยไม่พอใจต้องการให้รพ.รับผิดชอบโดยแจ้งหัวหน้า งาน/ผอ.รพ.โดยตรง			ปานกลาง
	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า > ๕,๐๐๐-๒๐,๐๐๐ บาท	มีผลกระทบต่อหน่วยงาน ต้องวิเคราะห์สาเหตุ ปรับระบบงานที่สำคัญร่วมกับทีมนำ	มีบุคคลภายนอกทราบเรื่อง มีแนวโน้มจะเกิดการร้องเรียน	

๔ ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินหรือชื่อเสียงโรงพยาบาลอย่างรุนแรงไม่สามารถแก้ไขได้ สูง หรือผู้ป่วยไม่พอใจอย่างมาก ต้องการให้พ.ร.บ.รับผิดชอบโดย ฟ้องร้องผ่านองค์กรภายนอก

๘. โปรแกรมบริหารความเสี่ยง

คณะกรรมการของทีมบริหารความเสี่ยง ประกอบไปด้วยตัวแทนจากทีมคร่อมสายงานที่ดูแลโปรแกรมความเสี่ยงที่มีอยู่ทั้งหมด ๙ โปรแกรม ดังนี้

โปรแกรม	ทีมคร่อมสายงานที่รับผิดชอบ
๑.ด้านการดูแลรักษา ผู้ป่วย	ทีมดูแลผู้ป่วย (PCT)
๒.ด้านสิ่งแวดล้อมทาง กายภาพและความปลอดภัย	ทีมสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV)
๓. ด้านเครื่องมือและ อุปกรณ์	ทีมเครื่องมือและอุปกรณ์ (EQU)
๔.ด้านการป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อ	ทีมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)
๕.ด้านระบบการจัดการ ด้านยา	ทีมการจัดการด้านยา (PTC)
๖.ด้านระบบเวชระเบียนและเทคโนโลยีสารสนเทศ	ทีมสารสนเทศ (IM)
๗.ด้านการจัดการข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ	ทีมบริหารความเสี่ยง/ทีมใกล้เคียง
๘.ด้านบริหารและพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์ (HRD)	ทีมพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (HRD)
๙. ด้านการเงิน งบประมาณ	การเงิน/ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

๙. โครงสร้างของทีม

๙.๑ ทีมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk Management) จะแบ่งออกเป็น ๒ ทีมย่อย ประกอบด้วย

๑.) ทีมประสานงานระบบความเสี่ยง

ลำดับ	รายชื่อ	ทีมนำระบบความเสี่ยง	ตำแหน่ง
๑	นพ สมชาย ปราสาทแสนสวย	ทีมบริหารความเสี่ยง	ประธานกรรมการ
๒	ภก.เสถียร สิทธิเวช	ทีมบริหารความเสี่ยง	รองประธานกรรมการ
๓	คุณบังอร ยมชัยภูมิ	ศูนย์คุณภาพ	กรรมการ
๔	คุณนภสร นาโพธิ์	ทีมนำทางคลินิก	กรรมการ
๕	คุณวรรณภา วุฒิชัยภูมิ	ทีมความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม และ ทีมเครื่องมือและอุปกรณ์	กรรมการ
๖	คุณอังคณา คงโพธิ์น้อย	ทีมเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ	กรรมการ
๗	คุณอัศวเดช พลศักดิ์	ทีมสารสนเทศ	กรรมการ
๘	ภญ.พภาณี ชัยจันดี	คณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา	กรรมการ
๙	คุณอัจฉรา จันทร์กรุด	ทีมพัฒนาบุคลากร	กรรมการ
๑๐	คุณจตุพร จางวางสิทธิ์	ทีมการเงิน	กรรมการ
๑๑	คุณ กฤษณา คำจุมพล	ทีมบริหารความเสี่ยง	กรรมการ
๑๒	คุณ ทศนีย์ หาญเวช	ทีมบริหารความเสี่ยง	กรรมการ
๑๓	คุณพรทิพย์ คำมี	ทีมบริหารความเสี่ยง	กรรมการและเลขานุการ
๑๔	คุณจิราวรรณ บำเรอกกลาง	ทีมบริหารความเสี่ยง	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๒.) ทีมพัฒนาระบบรับเรื่องร้องเรียน (ทีมใกล้เคียง)

ลำดับ	รายชื่อ	ตำแหน่งในทีมฯ
๑	นพ.ดุสิต ชำชัยภูมิ	ประธานกรรมการ
๒	นาง มัลลิกา ช่วยคุณ	กรรมการ
๓	ภก.เสถียร สิทธิเวช	กรรมการ
๔	นาง ภาวิณี วรรณชัย	กรรมการ
๕	นาง บังอร ยมชัยภูมิ	กรรมการ
๖	นาง วริสา นพคุณ	กรรมการ
๗	หัวหน้าหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์	กรรมการ
๘	นางสาว ปรีศนา ช่วยคุณ	กรรมการและเลขานุการ

๙.๒ บทบาทหน้าที่ของทีมแต่ละระดับ

บทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้อง กับการบริหารจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลจตุรัส

๑) บทบาทหน้าที่ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

๑. กำหนดนโยบายด้านการจัดการความเสี่ยงขององค์กร
๒. สนับสนุนด้านทรัพยากรให้เพียงพอต่อการจัดการความเสี่ยงตามนโยบาย
๓. พิจารณาสั่งการและดำเนินการ กรณีที่มีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล
๔. รับทราบรายงาน การประเมินผล และการตอบสนองการบริหารความเสี่ยง

๒) บทบาทหน้าที่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

๑. ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน
๒. สนับสนุน กระบวนการจัดการและทรัพยากรเพื่อแก้ไขความเสี่ยง
๓. บริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ปัญหาความเสี่ยงที่มีความซับซ้อน ที่หน่วยงานหรือทีมคร่อมไม่สามารถแก้ไขได้
๔. ติดตามประเมินผลการจัดการความเสี่ยง

๓) บทบาทหน้าที่ทีมบริหารความเสี่ยง

๑. กำหนดเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงที่สอดคล้องกับนโยบายบริหารความเสี่ยงขององค์กร
๒. กำหนดแผนการดำเนินงานของการบริหารความเสี่ยง
๓. พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ
๔. จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยง และสื่อสารให้บุคลากรทราบ
๕. ประสานงานเชื่อมโยงดำเนินงานบริหารโปรแกรมความเสี่ยง
๖. ติดตามประเมินผลการดำเนินการบริหารความเสี่ยงและรายงานให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทราบ
๗. ส่งเสริมและสนับสนุนหน่วยงานต่างๆ ในการดำเนินการบริหารความเสี่ยง

๔) บทบาทหน้าที่ทีมใกล้เคียง

๑. กำหนดแนวทางการจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาล

๒. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และร่วมทบทวนอุบัติการณ์เรื่องร้องเรียนร่วมกับโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง
 ๓. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ร้องเรียน
 ๔. เจรจาไกล่เกลี่ยข้อร้องเรียน
 ๕. สรุปผลติดตามข้อมูลนำเสนอในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
- ๕) บทบาทที่นำมาที่รับผิดชอบโปรแกรมหรือระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง**
๑. ทีมคร่อมสายงาน/ทีมโปรแกรมความเสี่ยงด้านต่างๆ จัดทำมาตรการป้องกันให้สอดคล้องกับนโยบายความเสี่ยงของโรงพยาบาล
 ๒. ร่วมจัดการและแก้ไขปัญหาเชิงระบบ ในโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง
 ๓. ประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงในทีม
 ๔. ประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานบริหารโปรแกรมความเสี่ยง กับทีมบริหารความเสี่ยง

โปรแกรม	รายละเอียด	ทีมคร่อมสายงานที่รับผิดชอบ
๑. ด้านการดูแลรักษา ผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงทางคลินิก - ความเสี่ยงจากการทบทวนทางคลินิก - ความเสี่ยงจากการทบทวนเวชระเบียน - ความเสี่ยงจากกระบวนการรักษาพยาบาล - ความเสี่ยงจากการตรวจประกอบกรวินิจฉัย 	ทีมดูแลผู้ป่วย (PCT)
๒. ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย	<ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงจากโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อม - ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน - ระบบสาธารณูปโภค - ระบบบำบัดน้ำเสีย - ระบบระบายอากาศ อุณหภูมิ ความชื้น - ระบบกำจัดขยะ 	ทีมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV)
๓. ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์	<ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงจากความไม่พร้อมใช้ - ความเสี่ยงจากความไม่เพียงพอ - ความเสี่ยงจากความเที่ยงตรง 	ทีมเครื่องมือและอุปกรณ์ (EQU)
๔. ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงจากอุบัติการณ์การติดเชื้อ - สิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อน - การปฏิบัติตามมาตรฐาน แนวทางปฏิบัติ 	ทีมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)
๕. ด้านระบบการจัดการด้านยา	<ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในทุกขั้นตอน - เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 	ทีมการจัดการด้านยา (PTC)
๖. ด้านความคลาดเคลื่อนทางเวชระเบียนและเทคโนโลยีสารสนเทศ	<ul style="list-style-type: none"> - มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงเกี่ยวกับเวชระเบียน รับผิดชอบตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การจัดการความรู้ การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ และระบบฐานข้อมูลต่างๆ 	ทีมสารสนเทศ (IM)
๗. ด้านการจัดการข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานความเสี่ยงด้านเรื่องร้องเรียน 	ทีมบริหารความเสี่ยง/ทีมไกล่เกลี่ย

๘. ด้านบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (HRD)	- รายงานความเสี่ยงด้านพฤติกรรมบริการ การสนับสนุนบริการ และสมรรถนะของบุคลากร	ทีมบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (HRD)
๙. ด้านการเงินงบประมาณ	- รายงานความเสี่ยงด้านการเงิน งบประมาณ	การเงิน/ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

๖) บทบาทหน้าที่หัวหน้างานและผู้รับผิดชอบความเสี่ยงในหน่วยงาน (RM Network)

๑. วางระบบการบริหารความเสี่ยง ค้นหา วิเคราะห์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน จัดทำมาตรการการป้องกันและการจัดการที่ชัดเจนในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ
๒. ประเมินผล ติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยงและปรับปรุงทะเบียนความเสี่ยงอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
๓. มีการสื่อสารภายในหน่วยงานให้เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ ส่งเสริมให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในกิจกรรมปกติประจำวัน
๔. ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงที่วางไว้ว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ ได้แก่ การดักจับความเสี่ยง การแก้ไขปัญหา การหาสาเหตุราก (RCA) แนวทางป้องกันและการลดความสูญเสีย

๗) บทบาทหน้าที่บุคลากรทุกระดับ

๑. ทำความเข้าใจ แนวทางปฏิบัติตามคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
๒. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์/ อุบัติการณ์เบื้องต้น
๓. บันทึกอุบัติการณ์ การแก้ไข และรายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด
๔. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ / อุบัติการณ์ซ้ำ

การสื่อสารและการประสานงาน

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้กำหนดให้มีการสื่อสารและประสานงานดังนี้

การสื่อสารที่เป็นทางการ

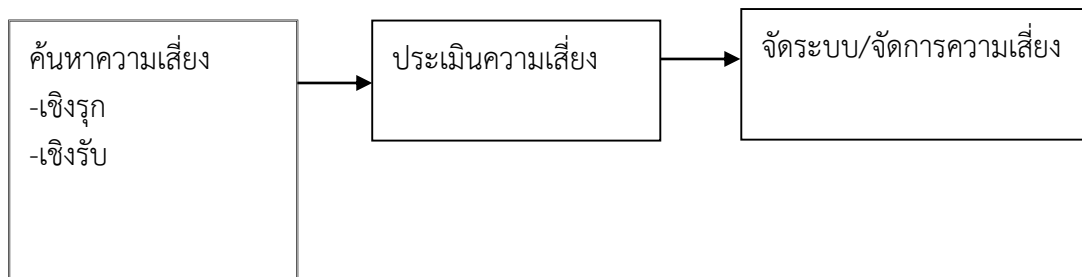
๑. ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเดือนละ ๑ ครั้ง และบันทึกรายงานการประชุมเป็นลายลักษณ์อักษรเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๒. รายงานสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงนำเสนอในการประชุมคณะกรรมการที่นำคุณภาพโรงพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เดือนละ ๑ ครั้ง
๓. สื่อสารให้บุคลากรได้ทราบ ในเวทีการประชุมเจ้าหน้าที่ ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์

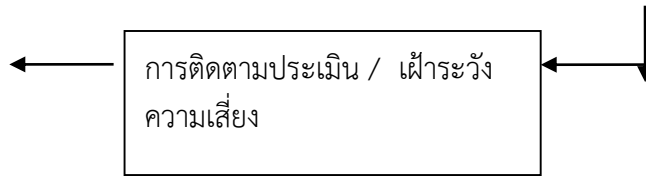
การสื่อสารที่ไม่เป็นทางการ

๑. สื่อสารผ่านกลุ่ม LINE ได้แก่ กลุ่มLINE_บริหารความเสี่ยง กลุ่มLINE_ที่นำคุณภาพโรงพยาบาล และกลุ่มLINE_เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจตุรัส

๑๐. ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง

กระบวนการบริหารความเสี่ยง:





๑๐.๑ การค้นหาความเสี่ยง

การค้นหาความเสี่ยงคือขั้นตอนเริ่มแรกของกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยการค้นหาความเสี่ยงกระทำ
ได้ โดย

- ๑) การค้นหาจากอดีต เช่น ศึกษาความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา, เรียนรู้ประสบการณ์หรือความ
ผิดพลาดของคนอื่น, ทบทวนข้อร้องเรียน
- ๒) การศึกษาจากการสำรวจสภาพการในปัจจุบัน ซึ่งการค้นหาความเสี่ยงมี ๒ ประเภท ได้แก่

๒.๑) การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เช่น

- เรียนรู้ประสบการณ์ หรือความผิดพลาดของคนอื่น
- C ๓ THER
- สัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย
- ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย
- สังเกตขณะปฏิบัติงาน, การวิเคราะห์กระบวนการงาน
- การเยี่ยมสำรวจภายใน (Internal Survey: IS)
- การเยี่ยมบ้านของทีม Home Health Care

๒.๒) การค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ เช่น

- รายงานอุบัติการณ์ (Incidence Report) ทั้งกรณีรายงานผ่านโปรแกรมความเสี่ยง (MADDO) รายงาน
โดยแบบฟอร์มกระดาษ
- การรับข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียนจากช่องทาง ต่างๆ เช่น กล้องรับความคิดเห็น จดหมาย สื่อ Social
ต่างๆ (Facebook, Line, etc.)
- ตรวจ Chart
- ทบทวนเวชระเบียน (ทบทวน Death Case ทบทวน case refer)
- ทบทวน Risk Profile
- ทบทวนข้อร้องเรียน
- กิจกรรมการทบทวน ๑๒ กิจกรรม
- Case Conference กับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึง Pre – Post Conference
- ประชุมคณะกรรมการต่างๆ (ที่เกี่ยวกับความเสี่ยง)

เมื่อแต่ละหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงได้แล้ว ให้จัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk profile) หัวหน้า
หน่วยงานเลือกรายการความเสี่ยงจากบัญชีความเสี่ยงจัดลงทะเบียนความเสี่ยงตามแต่ละโปรแกรมเพื่อแยกเป็น
หมวดหมู่และสะดวกในการจัดการวิเคราะห์แก้ไข ปรับปรุง และจัดทำมาตรการป้องกัน

๑๐.๒ การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยงจะครอบคลุมถึงการจำแนกประเภท การประเมินระดับความรุนแรง การประเมินผล
ข้อมูลความเสี่ยง เพื่อการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การจัดการกับค่าเรียกจ่ายหาย เป็นต้น

๑) การประเมินความเสี่ยง

- ประเมินความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุ เช่น ตอบคำถามว่า มีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากเพียงใด มีโอกาสเกิดความเสี่ยงบ่อยเท่าใด มีโอกาสเกิดความสูญเสียเท่าใด ในสถานการณ์ใดมีโอกาสจะเกิดมาก
- ประเมินขณะเกิดเหตุ ได้แก่ กระบวนการบันทึกและปรึกษาซึ่งต้องเริ่มต้นทันทีที่พบว่า มีอุบัติการณ์หรือความเสียหายเกิดขึ้น

๒) การแบ่งประเภทความเสี่ยง

ประเภทความเสี่ยงแบ่งเป็น ๒ หมวด ได้แก่

๒.๑) ความเสี่ยงทางคลินิก หมายถึง ความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลรักษาซึ่งส่งผลให้เกิดต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่

- ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ สามารถเกิดได้ในผู้ป่วยทั่วไปไม่จำเพาะโรคใดโรคหนึ่งเป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ได้แก่ ความปลอดภัยจากการใช้ยา การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ กระบวนการดูแลผู้ป่วย
- ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ สามารถเกิดได้ในผู้ป่วยเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง เป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอดเกิดเฉพาะในกลุ่มหลังคลอด ไข้ตั้งแตกเกิดในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ Hypoglycemia ในผู้ป่วย DM เป็นต้น

๒.๒) ความเสี่ยงทางทั่วไป หมายถึง ความเสี่ยงที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการรักษาพยาบาลหรือความเสี่ยงด้านยา แต่เกิดจากปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลทำให้เกิดความเสียหาย ความเสี่ยงทั่วไป ได้แก่

- ๑) ด้านสิ่งแวดล้อม , อาชีวอนามัยและความปลอดภัย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับ อาคาร สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก , อุบัติการณ์เกี่ยวกับผลที่จะเกิดจากการปฏิบัติงานที่มีต่อ สุขภาพบุคลากร ความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน
- ๒) ด้านการเงิน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับค่ารักษา การสูญเสียรายได้ทรัพย์สินทางราชการต่างๆ
- ๓) ด้านเวชระเบียน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับเอกสารประวัติของผู้ป่วย เช่น การบันทึก การจัดเก็บ การค้นหา การระบุตัวผู้ป่วย การบันทึกสิทธิการรักษา การบันทึกค่ารักษาพยาบาล การบันทึกที่แสดงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสื่อสารของสหสาขาวิชาชีพ
- ๔) ด้านบริการ หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับการดูแล ช่วยเหลือ การให้ข้อมูล การอำนวยความสะดวก พฤติกรรมบริการ ขั้นตอนบริการ
- ๕) ด้านเครื่องมือ หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับ อุปกรณ์ เครื่องมือ ที่ใช้ในการดูแลรักษา
- ๖) ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษา
- ๗) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์, ความไม่พร้อมใช้คอมพิวเตอร์, โปรแกรมการสื่อสารบันทึก ,การจัดเก็บข้อมูล และเกี่ยวกับข้อมูลสถิติต่างๆ

๒) จัดระดับความสำคัญของความเสี่ยง

จัดทำบัญชีความเสี่ยง(Risk Profile) จากรายการความเสี่ยงที่ค้นหาได้
วิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อลำดับความสำคัญของปัญหาโดยใช้ Risk Matrix

การใช้ Risk Matrix เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแบบอิงหลักฐาน (Evidence-based) เนื่องจากทั้งในกระบวนการกำหนดเกณฑ์ โอกาส ความรุนแรง และการประเมินผล กระทบ ตามเกณฑ์ดังกล่าวนี้จำเป็นต้องมีการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ต่างๆอย่างรอบด้านและนำมา แสดงให้เห็นที่ประจักษ์ก่อนที่จะทำการตัดสินใจ

ประโยชน์ของการใช้ Risk Matrix

๑. ใช้ประกอบการตัดสินใจในการกำหนดระดับการตอบสนองต่อปัญหาที่เหมาะสมกับความเสี่ยงของปัญหา
๒. เป็นเครื่องมือในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (ความเร่งด่วน และการจัดสรร ทรัพยากร)

ขั้นตอนการวิเคราะห์

หาค่าคะแนนของแต่ละรายการความเสี่ยง โดย

ค่าคะแนนความรุนแรงของปัญหา

ความเสี่ยงทางคลินิก	ความเสี่ยงทั่วไป		
	ความรุนแรง		ความรุนแรง
ระดับ A-B	๑	เกือบพลาด	๑
ระดับ C-D	๒	ระดับต่ำ	๒
ระดับ E-F	๓	ระดับสูง	๓
ระดับ G-H	๔	ระดับวิกฤต	๕
ระดับ I	๕		

ระดับของความถี่ของปัญหา แต่ละระดับ ดังนี้

๑. ≥ ๑ ครั้ง/เดือน
๒. ๒-๕ เดือน ครั้ง
๓. ๑ ปี ครั้ง
๔. ๒-๕ ปี ครั้ง
๕. มากกว่า ๕ ปี ครั้ง
- ๖.

โอกาสเกิดซ้ำ(ความถี่)	ความรุนแรง				
	๑ (AB)	๒ (CD)	๓ (EF)	๔ (GH)	๕ (I)
≥ ๑ ครั้ง/เดือน	๖	๗	๘	๙	๑๐
๒-๕ เดือน ครั้ง	๕	๖	๗	๘	๙
๑ ปี ครั้ง	๔	๕	๖	๗	๘
๒-๕ ปี ครั้ง	๓	๔	๕	๖	๗

มากกว่า ๕ ปี ครั้ง	๒	๓	๔	๕	๖
--------------------	---	---	---	---	---

นำข้อมูลความถี่ของความเสียหายแต่ละรายการจาก Risk Profile x ระดับความรุนแรงของปัญหา

ระดับความเสี่ยง	แทนด้วยแถบสี	ความหมาย
Extreme	ระดับคะแนน ๙ ขึ้นไป	ระดับความเสี่ยงต่ำ (Low) ยอมรับความเสี่ยง กำหนดเป็นสีเขียว
High	ระดับคะแนน ๗ - ๘	ระดับความเสี่ยงปานกลาง (Medium) ยอมรับความเสี่ยงแต่มีแผนควบคุมความเสี่ยง กำหนดเป็นสีเหลือง
Moderate	ระดับคะแนน ๕ - ๖	ระดับความเสี่ยงสูง (High) โดยมีแผนลดความเสี่ยง กำหนดเป็นสีส้ม
Low	ระดับคะแนน ๑ - ๔	ระดับความเสี่ยงสูงมาก (Extreme) ต้องมีแผนลดความเสี่ยงและประเมินซ้ำหรือถ่ายโอนความเสี่ยง กำหนดเป็นสีแดง

๑๐.๓) การจัดการกับความเสียหาย

๑) ก่อนเกิดเหตุ

- ๑.๑ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่นการปิดห้องผ่าตัดเมื่อไม่มีวิสัญญี การส่งต่อ
- ๑.๒ การป้องกันความเสี่ยง เช่น จ้างเหมาบริษัทเพื่อดูแลเครื่องมือทางการแพทย์และห้องปฏิบัติการ
- ๑.๓ การป้องกันความเสี่ยง เช่นใส่ของมีคมในกล่องที่หนา การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน เช่นการตรวจสอบเครื่องมือ การสอบเทียบเครื่องมือต่างๆ มีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา การตรวจอุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน การให้ความรู้เจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดความตระหนักและเป็นเจ้าของ การป้องกันความเสี่ยง
- ๑.๔ การแบ่งแยกความเสี่ยง เช่นระบบสำรองไฟ เครื่องมืออุปกรณ์ การสำรองข้อมูล
- ๑.๕ มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้แก่
 - ทุกหน่วยงานมีระบบรายงานความเสี่ยง
 - ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรายงานความเสี่ยงได้หลายช่องทาง สดวก มีการสื่อสารย้อนกลับ และไม่เปิดเผยแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกรณีที่เป็นความลับ
 - จัดทำฐานข้อมูลทะเบียนความเสี่ยงสื่อสารทั่วองค์กร

๒) หลังเกิดเหตุ

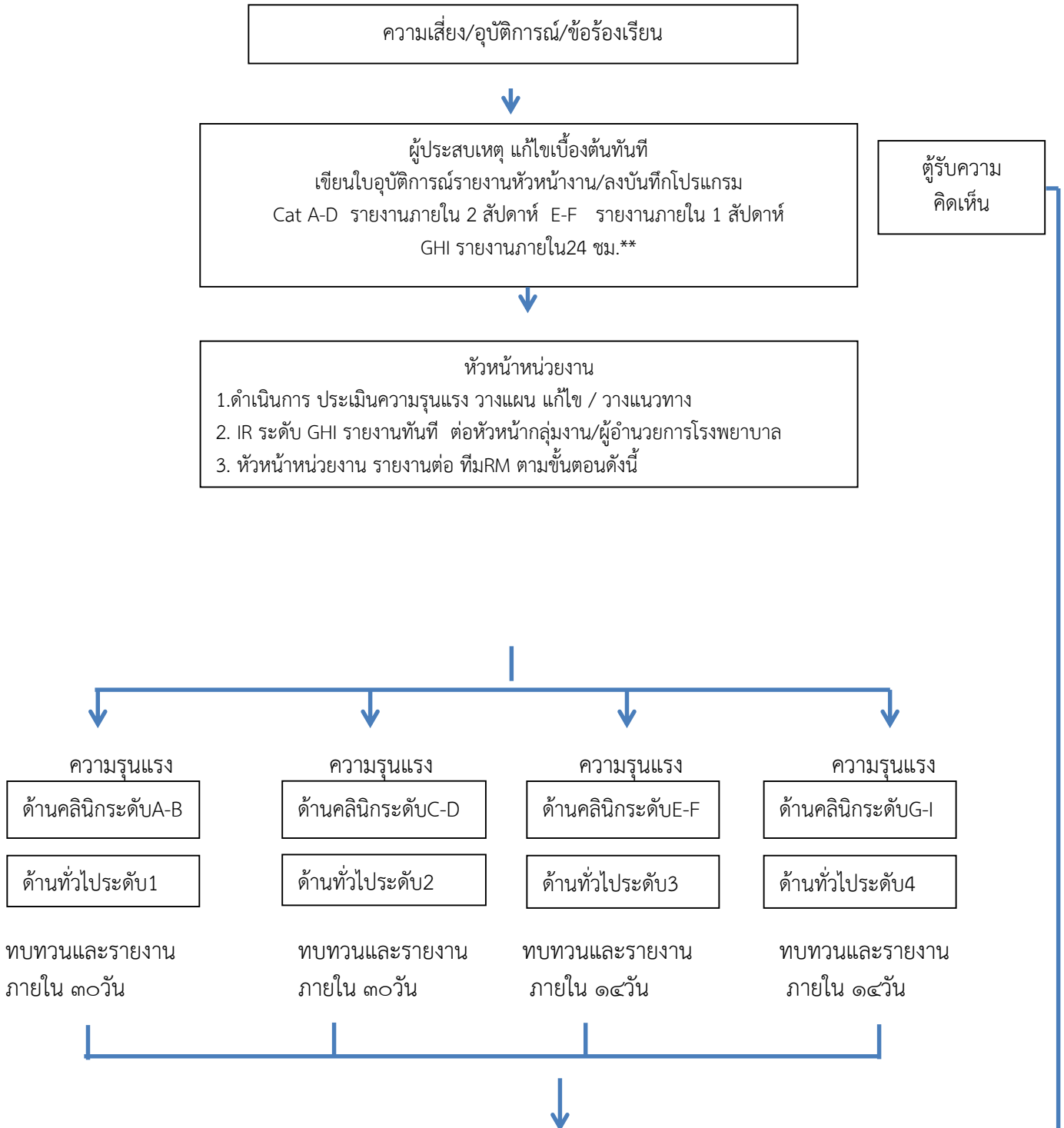
- ๒.๑ ลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ เป็นการดูแลแก้ปัญหาฉับพลันโดยการเอาใจใส่ ให้

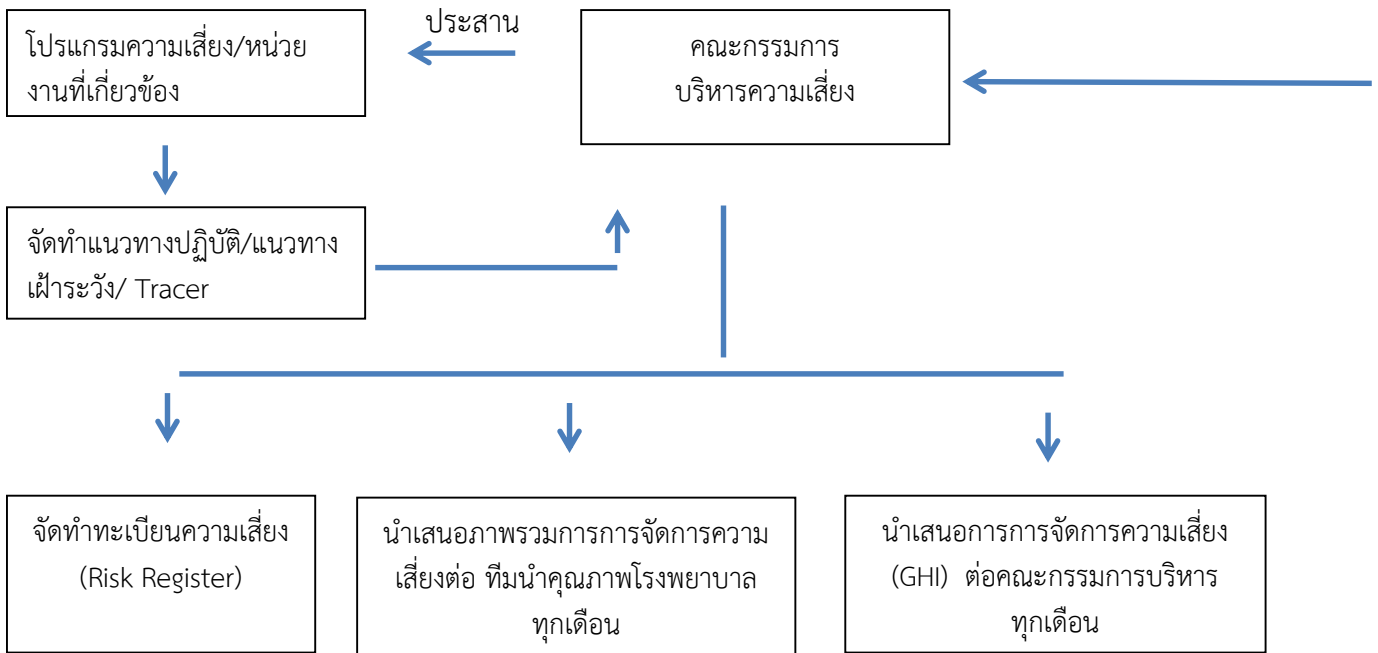
ข้อมูลตรงไปตรงมา ภายใต้คำแนะนำ การสื่อสาร ความเข้าใจที่ดีต่อกัน ควบคุม ประคับประคอง จิตใจ ขวัญ กำลังใจทั้งผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่และรายงานผู้บริหารสูงสุดและคณะ กรรมการบริหารโรงพยาบาล และติดตามประเมินผลภายหลังการใกล้เคียงอย่าง ต่อเนื่อง

๒.๒ การบริหารเงินชดเชยค่าเสียหาย กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหาย ทีมใกล้เคียง จะเป็นผู้สรุปข้อมูล ปัญหา นำเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาล ร่วมกันพิจารณาชดเชยค่าเสียหายอย่าง เหมาะสม, ยุติธรรม ทุกฝ่าย

การรายงานความเสี่ยง

แนวทางการจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลจัดรัศ





** ความเสี่ยง G-H-I ต้องรายงานทันทีตามลำดับ

หัวหน้าแวร ➔ หัวหน้างาน ➔ หัวหน้ากลุ่มงาน ➔ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
การจำแนกความเสี่ยงและจัดการเมื่อได้รับรายงานอุบัติการณ์

โปรแกรม	ทีมคร่อมสายงานที่รับผิดชอบ
๑.ด้านการดูแลรักษา ผู้ป่วย	ทีมดูแลผู้ป่วย (PCT)
๒.ด้านสิ่งแวดล้อมทาง กายภาพและความปลอดภัย	ทีมสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV)
๓. ด้านเครื่องมือและ อุปกรณ์	ทีมเครื่องมือและอุปกรณ์ (EQU)
๔.ด้านการป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อ	ทีมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)
๕.ด้านระบบการจัดการ ด้านยา	ทีมการจัดการด้านยา (PTC)
๖.ด้าน เทคโนโลยีสารสนเทศ	ทีมสารสนเทศ (IM)
๗.ด้านการจัดการข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ	ทีมบริหารความเสี่ยง/ทีมใกล้เกลี่ย
๘.ด้านบริหารและพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์ (HRD)	ทีมพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (HRD)
๙. ด้านการเงิน งบประมาณ	การเงิน/ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

การสรุปรายงานข้อมูลอุบัติการณ์ / ความเสี่ยง ทีมบริหารความเสี่ยงสรุปรายงานข้อมูลทุกเดือน ในแบบฟอร์มสรุปรายงาน การบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ประจำเดือน เสนอที่ประชุมคณะกรรมการทีมนำคุณภาพระดับโรงพยาบาล และ รวบรวมข้อมูลสรุปรายงาน ส่งกลับให้ทุก หน่วยงานรับทราบและนำไปวิเคราะห์การบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน เพื่อหาแนวทางแก้ไขป้องกันความเสี่ยงต่อไป

๑๐.๔) การประเมินผล

การประเมินผล หมายถึง การนำเหตุการณ์ และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการที่ใช้ ป้องกันความเสี่ยง ซึ่งสิ่งที่จะต้องประเมิน ได้แก่

- ๔.๑ การติดตามประเมินผลตามตัวชี้วัดทุกเดือนและประเมินผลระบบการบริหารความเสี่ยงทั้งระบบ
- ๔.๒ การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ต้องตั้งคำถามว่า
 - อุตบัติการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไร ทั้งๆที่มีมาตรการป้องกันแล้ว

- อุบัติการณ์เป็นเหตุการณ์เดี่ยวหรือเรื่องของระบบ มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้อีกหรือไม่
 - ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่
- ๔.๓ การทบทวนความถี่และความรุนแรงของความเสียหายที่เกิดขึ้น
- ๔.๔ มีการสื่อสารการตอบสนองของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

ภาคผนวก

- ภาคผนวก ๑ แบบฟอร์มรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- ภาคผนวก ๒ สรุปผลการทบทวน (ทบทวนคลินิกเฉพาะโรค ของ PCT)
- ภาคผนวก ๓ รหัสความเสี่ยงทางคลินิก
- ภาคผนวก ๔ รหัสความเสี่ยงทั่วไป
- ภาคผนวก ๕ แบบบันทึกบัญชีความเสี่ยงหน่วยงาน
- ภาคผนวก ๖ แบบสรุปผลการจัดการข้อร้องเรียน
- ภาคผนวก ๗ การจัดทำทะเบียนจัดการความเสี่ยง
- ภาคผนวก ๘ รายงานผลการทบทวนความเสี่ยง

*G-H-I

หัวหน้ากลุ่มงาน..... วันที่_เวลา.....

ผู้อำนวยการ..... วันที่_เวลา.....

ภาคผนวก ๑ แบบฟอร์มรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
โรงพยาบาลจตุรัส อำเภोजตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

ส่วนที่ 1 ผู้รายงาน

1. วันเกิดเหตุ..... เวลา..... วันที่รายงานทีมRM.....

2. สถานที่พบเหตุการณ์..... สถานที่ที่เกี่ยวข้อง.....

3. ผู้ประสบเหตุการณ์ บุคลากร ชื่อ-สกุล

ผู้มารับบริการ ชื่อ-สกุล.....

4. เหตุการณ์โดยย่อ

5. สรุปปัญหา.....

6. การแก้ไขเบื้องต้น ไม่มี มีการแก้ไข ดังนี้.....

7. ประเมินความเสี่ยง และการทบทวน

ความเสี่ยงทั่วไป ระดับความรุนแรง (1 - 4) ระดับ..... รหัสความเสี่ยง.....

ความเสี่ยงทางคลินิก ระดับความรุนแรง (A - I) ระดับ..... รหัสความเสี่ยง.....

รหัสความเสี่ยงตาม care process.....

8. การทบทวน

มีแนวทางอยู่แล้วแต่ไม่ปฏิบัติตาม ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติ ไม่ทราบว่ามีความเสี่ยงปฏิบัติหรือไม่

เป็นความเสี่ยงที่ต้องทบทวนในหน่วยงาน

เป็นความเสี่ยงที่หน่วยงานอื่นต้องนำไปทบทวน ระดับหน่วยงาน.....

ผู้รายงานชื่อ..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน..... วันที่.....

ส่วนที่ 2 หัวหน้างาน

9. สรุปความเห็นของหน่วยงาน

ลงชื่อ..... ตำแหน่ง.....

หัวหน้าหรือผู้ได้รับมอบหมาย (ผู้ทบทวน)

ส่วนที่ 3 ทีมบริหารความเสี่ยง

10. สรุปความคิดเห็นของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (บันทึกโดย)

ภาคผนวก ๒

สรุปผลการทบทวน (ทบทวนคลินิกเฉพาะโรค ของ PCT)

HN.....AN.....เพศ.....อายุ.....ปี รัปไว้วันที่..... เวลา.....น.

อาการสำคัญ.....

การวินิจฉัยโรค.....

สรุปเหตุการณ์.....

การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และแนวทางแก้ไข / ปรับปรุง

กระบวนการ	ปัญหา (AE)	ระดับ ความ รุนแรง	การแก้ไข
Access & Entry			
Assessment ประกอบด้วย Investigation&Diagnosis			
Planning ประกอบด้วย Plan of Care&Plan of Discharge			
Care ประกอบด้วย Care of patient& Evaluation			
Information & Empowerment			
Continuity of care			

ภาคผนวก ๓ รหัสความเสี่ยงทางคลินิก

รหัสความเสี่ยงทางคลินิก (clinical risk)

*เหตุการณ์พียงสังวร(*Sentinel Event) → ต้องรายงานทันที

Go๔ Go๕ Go๖ Go๗ Go๘ Go๙ Go๑๐ Go๑๕ Io๑ Ko๒ Lo๖ Lo๙ Mo๖ No๖

**I.ความปลอดภัยในชีวิตผู้ป่วย/
เจ้าหน้าที่ PCT**

Io๑ ถูกทำร้ายร่างกาย/คุกคาม/ข่มขู่/
ลวนลาม*

Io๒ ตกเตียง, ลื่นล้ม, ตกเปลขณะ
เคลื่อนย้าย

Io๓ อุบัติเหตุระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

Io๔ ทำร้ายร่างกายตัวเอง

Io๕ ปีนข้ามที่กั้นหรืออยู่ในตำแหน่งที่
อาจ

ได้รับบาดเจ็บ

Io๖ อุบัติเหตุระหว่างรอรับบริการ

Io๐๐ อื่นๆ

.....

J.ระบบการให้บริการ PCT

Jo๑ ลงประวัติผิด/ไม่ครบ

Jo๒ ระบบส่งต่อผู้ป่วยในรพ.ผิดพลาด/
ล่าช้า

Jo๓ ระบบrefer pt.ระหว่างรพ.

ผิดพลาด/

ล่าช้า

Jo๔ ไม่สามารถรายงานแพทย์เวรได้

Jo๕ ไม่บันทึกเวชระเบียนที่สำคัญ/การ

ReMed คำสั่งใช้ยา

Jo๐๐ อื่น

.....

**K.การดูแลรักษา/หัตถการ(ไม่รวม
ผ่าตัด/วิสัญญี) PCT**

Ko๑ การรักษาทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่
ลง/การ

รักษาล่าช้า

Ko๒ เสียชีวิตโดยไม่คาดคิดจากความ
ผิดพลาด*

Ko๓ Re-admit โรคเดิมภายใน ๔๘
ชั่วโมง

Ko๔ ภาวะแทรกซ้อนจากการทำ
หัตถการ

Ko๕ วางแผนการจำหน่ายไม่เหมาะสม

Ko๖ ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน/แนวทาง
ที่

กำหนด

Ko๗ เกิดผลกดทับหลังรับไว้ใน
โรงพยาบาล

Ko๘ ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้
เครื่องมือ

เช่น burn,trauma

Ko๙ ให้เลือด () Aหมดอายุ () B ผิด
กรุป

() C มีอาการแทรกซ้อน () Drหัส
ไม่ตรง

Ko๑๐ เกิดภาวะฉุกเฉินขณะรอรับบริการ

Ko๑๑ ประเมินผู้ป่วยผิดพลาด

Ko๑๒ งด/เลื่อนหัตถการ

Ko๑๓ referโดยไม่ได้วางแผน

Ko๑๔ CPR ล่าช้า/ผิดพลาด

Ko๑๕ ให้เลือดผิดวิธี

Ko๑๖ ไม่สามารถตรวจพบภาวะวิกฤติได้
ทันที

Ko๑๗ ไม่สามารถแก้ไขภาวะวิกฤติได้
อย่าง

เหมาะสม

Ko๐๐ อื่นๆ

.....

L.การผ่าตัด / วิสัญญี PCT

Lo๑ งด/เลื่อนผ่าตัด/ไม่พร้อมผ่าตัด

Lo๒ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

Lo๓ ทำ spinal block ไม่ถูกต้อง

Lo๔ เตรียมผู้ป่วยผ่าตัดไม่พร้อม/ไม่
ถูกต้อง

Lo๕ ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา
ระงับ

ความรู้สึก

Lo๖ สัมผัสแปลกปลอมไว้ในตัวผู้ป่วย*

Lo๗ กลับมาผ่าตัดซ้ำภายใน ๒๔ชม.
โดยไม่ได้

วางแผน

Lo๘ ไม่พบพยาธิสภาพ

Lo๙ เสียชีวิตระหว่างผ่าตัด

Lo๑๐ ผ่าตัด/ให้ยาระงับความรู้สึกผิด
ตำแหน่ง

Lo๑๑ ผ่าตัด/ให้ยาระงับความรู้สึกผิดคน

Lo๑๒ ผ่าตัดผิดหัตถการ

Lo๐๐ อื่นๆ

.....

M. การคลอด PCT

Mo๑ PPH with shock

Mo๒ Birth asphyxia

Mo๓ ภาวะแทรกซ้อนอื่นจากการ
คลอดของแม่

Mo๔ ภาวะแทรกซ้อนอื่นจากการ
คลอดของลูก

Mo๕ ANC ไม่สมบูรณ์

Mo๖ การสืบเปลี่ยนเด็ก การลักพา
เด็ก* Mo๐๐ อื่น

.....

N.ความเสี่ยงเกี่ยวกับการติดเชื้อ IC

No๑ การติดเชื้อจากการปนเปื้อน

No๒ เจ้าหน้าที่สัมผัสสารคัดหลั่ง
/sharp injury

No๓ เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามหลัก UP

No๔ การจัดการขยะติดเชื้อไม่ถูกต้อง
 No๕ พบเข็มน้ำเกลือ หล่นตามพื้น
 No๖ ผู้ป่วย/จนท.ติดเชื้อใช้หวัดนก
 .SARS*

No๗ Setไม่สะอาด ไม่sterile
 No๐๐ อื่นๆ

O.การวินิจฉัย () LAB () X-ray

() ขึ้นเนื้อ PCT

- O๐๑ เก็บสิ่งส่งตรวจ () A ผิดชนิด () B ผิดวิธี
- O๐๒ ไม่ลงคำสั่งในคอมพิวเตอร์/ลงไม่ครบ
- O๐๓ Film/ใบ request () Aไม่ครบ () Bหาย
- O๐๔ ตรวจ lab ไม่ครบ/ตรวจLabผิด order
- O๐๕ รายงานผลผิดพลาด
- O๐๖ สิ่งส่งตรวจสูญหาย/เสียหาย
- O๐๗ Labช้าเกินกว่ากำหนด
- O๐๘ ไม่รายงานค่าวิกฤต/รายงานล่าช้า
- O๐๙ ระบุข้อมูลในการรับ-ส่ง สิ่งส่งตรวจผิด ผิดพลาด
- O๑๐ คุณภาพของสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง
- O๑๑ วินิจฉัยผิดตำแหน่ง Lab/ เอกซเรย์
- O๑๒ ส่งตรวจlab ไม่ติดชื่อผู้ป่วยที่ ตัวอย่าง/ติดชื่อผิดคน

O๑๓ ส่งตรวจแล็บ เอกซเรย์ไม่ครบ
 O๐๐๐ อื่นๆ

P.การเฝ้าระวังที่ไม่เหมาะสม PCT

- P๐๑ ET.Tube / T.T Tube หลุด
- P๐๒ ได้รับอันตรายจากเครื่องรัดตึง
- P๐๓ สาย IV / foley' cath หลุด
- P๐๔ ลืม Off HL
- P๐๕ ICD หลุด / เลื่อน
- P๐๐๐ อื่นๆ

Q.การระบุตัวผู้ป่วย PCT

- Q๐๑ ป้ายข้อมือผิดคน/ไม่มี
- Q๐๒ ระบุตัวผิดในการเก็บสิ่งส่งตรวจ
- Q๐๓ Film ผิดคน/ถ่าย-ส่งภาพ เอกซเรย์ผิดคน
- Q๐๔ รักษาผิดคน/ผิดตำแหน่ง
- Q๐๕ ส่งมอบ/ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด
- Q๐๖ ผ่าตัดผิดคน/ผิดตำแหน่ง
- Q๐๗ ระบุตัวผิดในการให้ยา
- Q๐๘ ระบุตัวผิดในการให้เลือด
- Q๐๙ ระบุข้อมูลผิดในการทำหัตถการ
- Q๑๐ ระบุตัวผิดในการให้สารน้ำ
- Q๐๐๐ อื่นๆ

R.ความปลอดภัยในการให้ยา สารน้ำ PTC

- Ro๑ Prescribing error ผู้ป่วยนอก
- Ro๒ Prescribing error ผู้ป่วยใน
- Ro๓ Pre-dispensing error ผู้ป่วยนอก
- Ro๔ Pre-dispensing error ผู้ป่วยใน
- Ro๕ Dispensing error ผู้ป่วยนอก
- Ro๖ Dispensing error ผู้ป่วยใน
- Ro๗ Pre - Administration error (near miss)
- Ro๘ Administration error (miss)
- Ro๙ ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ
- Ro๑๐ Preventable Adverse Drug Events
- Ro๑๑ สั่งยาที่แพ้/เฝ้าระวัง ตรวจพบก่อนจ่าย
- Ro๑๒ ยาหมดอายุ/เสื่อมสภาพ/ยาผิดมาตรฐาน
- Ro๑๓ ยาไม่พอจ่าย/ยาหมด
- Ro๑๔ Transcribing error ผู้ป่วยนอก
- Ro๑๕ Transcribing error ผู้ป่วยใน
- Ro๐๐๐ อื่นๆ.....

T. กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- To๔ Care (Care of patient& Evaluation)
- To๕ Information& Empowerment
- To๖ Continuity of Care

ภาคผนวก ๔ รหัสความเสี่ยงทั่วไป

รหัสความเสี่ยงทั่วไป (non-clinic risk)

*เหตุการณ์ที่ส่งสร(*Sentinel Event) → ต้องรายงานทันที

Go๔ Go๕ Go๖ Go๗ Go๘ Go๙ Go๑๐ Go๑๕ ๑๐๑ K๐๒ L๐๖ L๐๘ M๐๖ N๐๖
A.โครงสร้าง /อาคาร สิ่งแวดล้อม ENV

A๐๑ ไฟฟ้าดับ/ ลัดวงจร

A๐๒ เสียงดังรบกวน

A๐๓ ทิ้งขยะไม่ถูก

A๐๔ น้ำ, ท่อน้ำ/ น้ำเสีย

A๐๕ สัตว์/ แมลง รบกวน

A๐๖ โครงสร้างอาคารชำรุด

A๐๗ สูดบุหรี่ในโรงพยาบาล

A๐๘ พื้นลื่น ชำรุด ขรุขระ ต่างระดับ

A๐๙ แสงสว่างไม่พอ

A๑๐ ระบบระบายอากาศ

A๑๐๐ อื่น

๑.....

B.การติดต่อสื่อสาร/ เวชระเบียน IM

B๐๑ การให้ข้อมูล/สื่อสารไม่ถูกต้อง

B๐๒ เวชระเบียน ไม่สมบูรณ์/ผิดพลาด

B๐๓ เวชระเบียนสูญหาย

B๐๔ ลงทะเบียนทำบัตรไม่ถูกต้อง/ระบุผิดพลาด

B๐๕ ประสานงานทั่วไปล่าช้า/ผิดพลาด

B๐๖ OPD card/(บัตรQ) ผิดคน/สลับคน

B๐๗ เขียนไม่ชัดเจน/อ่านไม่ออก

B๐๘ ไม่คืน OPD Card ตามกำหนด

B๐๙ นำเวชระเบียนออกนอก รพ.

B๑๐ ปัญหาการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

B๑๐๐ อื่นๆ.....

C.ระบบงานสารสนเทศ/ธุรการ IM

C๐๑ ให้ข้อมูล/สถิติผิดพลาด,ล่าช้า

C๐๒ คอมพิวเตอร์เสีย/ระบบขัดข้อง/ข้อมูลสูญหาย

C๐๓ ไม่มีอุปกรณ์สำรองคอมพิวเตอร์

C๐๔ แก้วไขคอมพิวเตอร์ล่าช้า

C๐๕ ประวัติเจ้าหน้าที่ไม่ถูกต้อง

C๐๖ เอกสารที่เป็นความลับรั่วไหล

C๐๗ ส่งหนังสือ/จดหมาย ผิดห้อง

C๐๘ จนท.ส่งหนังสือขออนุญาตล่าช้า/ไปก่อน

อนุมัติ

C๐๙ รับ/ส่งหนังสือราชการล่าช้า

ผิดพลาด

C๑๐ หนังสือราชการสูญหาย

C๑๐๐ อื่นๆ

.....

D.ความพร้อมในการให้บริการ HRD

D๐๑ ไม่อยู่ปฏิบัติงาน

D๐๒ เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ

D๐๓ มาปฏิบัติงานช้ากว่า๓๐นาทีโดยไม่แจ้ง

D๐๔ ไม่มีเตียงรับผู้ป่วย

D๐๕ ปฏิเสธการให้บริการโดยไม่แจ้งเหตุผล

D๐๖ ผู้ป่วยผัดวัน

D๐๗ นัดผู้ป่วยผัดวัน

D๐๘ ไม่เตรียมความพร้อมสำหรับปฏิบัติงาน

D๑๐๐ อื่นๆ

.....

E.ระบบสาธารณสุขปโภคและระบบสนับสนุน(เครื่องมือ/อุปกรณ์/วัสดุ/เวชภัณฑ์) ENV

E๐๑ ไม่พร้อมใช้ (ไม่เพียงพอ, ไม่เตรียมให้พร้อม)

E๐๒ ไม่พอใช้

E๐๓ เสื่อมสภาพ ชำรุด

E๐๔ หมดอายุ

E๐๕ สูญหาย

E๐๖ ใช้ไม่ถูกวิธี

E๐๗ ขาดคลัง

E๐๘ เครื่องมือ/วัสดุ/เวชภัณฑ์ติดไปกับวัสดุอื่นๆ

E๐๙ ระบบไฟฟ้าไม่พร้อมใช้

E๑๐ ระบบน้ำไม่พร้อมใช้

E๑๑ ระบบก๊าซไม่พร้อมใช้

E๑๒ ส่งวัสดุ เครื่องมือผิดพลาด

E๑๓ เบิกวัสดุ ไม่เป็นไปตามระเบียบ

E๑๔ ชื่อวัสดุไม่ตรงตามสเป็ค

E๑๐๐ อื่นๆ

.....

F.อาหาร /PCT

F๐๑ ผิด / ไม่ครบ

F๐๒ ปนเปื้อน

F๐๓ ติดป้ายไม่ตรง

F๐๔ อาหารบูด

F๑๐๐ อื่นๆ

.....

G.ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต/ทรัพย์สิน ENV

G๐๑ ทรัพย์สินสูญหาย , ฝังแวง

G๐๒ เหตุทะเลาะวิวาทในรพ.

G๐๓ อุบัติเหตุรถของโรงพยาบาล

G๐๔ อัคคีภัย*G๐๕ อุบัติเหตุหมู่*G๐๖ ขูวางระเบิด*G๐๗ แผ่นดินไหว ภัยพิบัติ*

G๐๘ อุทกภัย และวาตภัย

G๐๙ เหตุการณ์จลาจล เดินขบวน

ประท้วง*

G๑๐ เสียชีวิตโดยผิดธรรมชาติใน รพ.*

- G๑๑ อุบัติเหตุจากการจราจรใน รพ.
- G๑๒ จอตกไม่เป็นระเบียบ/กีดขวาง
- G๑๓ จอตกคาบูกุญแจไว้
- G๑๔ สิ่งของชำรุดเสียหาย จากการปฏิบัติงาน
- G๑๕ โจรกรรม, จับปล้น*
- G๑๖ ขับรถเร็วใน รพ.
- G๑๗ เจ้าหน้าที่ถูกคุกคาม
- G๑๐๐ อื่นๆ

.....

H.สิทธิการรักษา / การเงิน IM

- Ho๑ ตรวจสอบสิทธิผิดพลาด
- Ho๒ คิดเงินผิด / ซ้ำ/ ไม่คิดเงิน
- Ho๓ ไม่เก็บเอกสารตามสิทธิ
- Ho๔ ไม่สามารถหาสิทธิได้
- Ho๕ ไม่จ่ายค่ารักษา
- Ho๖ เอกสารด้านการเงินผิดพลาด
- Ho๑๐๐ อื่นๆ

.....

S.อาชีวอนามัยและความปลอดภัยจากการทำงาน ENV IC

- So๑ เจ้าหน้าที่บาดเจ็บจากการทำงาน
- So๒ เจ้าหน้าที่ได้รับอันตรายจากสารเคมี
- So๓ เจ้าหน้าที่ได้รับอันตรายจากรังสี
- So๔ เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน
- So๕ ภาวะเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง
- So๑๐๐ อื่นๆ

.....

พฤติกรรมบริการ สิทธิผู้ป่วยและการร้องเรียน

X.พฤติกรรมบริการ (ทีมรับเรื่องร้องเรียน ,HRD)

- X๐๑ ความล่าช้าในการรักษา
- X๐๒ **ไม่ได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการรับการรักษา**
- X๐๓ความล่าช้าในการให้บริการ
- X๐๔ได้รับการบริการด้วยพฤติกรรมที่ไม่สุภาพ
- X๐๐๐ อื่นๆ

.....

ภาคผนวก ๖

แบบสรุปผลการจัดการข้อร้องเรียน

ชื่อ - สกุลผู้รับบริการ.....อายุ.....ปี HN.....

ที่อยู่.....วันที่รับไว้.....วันที่จำหน่าย.....

สถานที่เกิดเหตุการณ์.....วันที่เกิดเหตุ.....เวลาที่เกิด.....

รายละเอียดการเกิดเหตุการณ์

.....

สรุปการดำเนินการแก้ไข / โทล่เกลี้ย / ให้ความช่วยเหลือ

.....

ผู้บันทึก

()

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

()

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

ภาคผนวก ๗

ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (RISK REGISTER) โรงพยาบาลจตุรภัฏ			
เรื่อง		รายละเอียด	
Risk Identification (การระบุความเสี่ยง)	Risk ID	รหัสความเสี่ยง	
	Source	แหล่งที่มาของความเสี่ยง	
	Date Added	วันที่ ขึ้นทะเบียนจัดการความเสี่ยง	
	Risk Title	หัวข้อความเสี่ยง	
	Risk Definition	อธิบายหรือนิยาม หัวข้อความเสี่ยง	
Risk Analysis (การวิเคราะห์ความเสี่ยง)	Quarter	ช่วงเวลาที่เกิดความเสี่ยง	
	Likelihood (frequency)	ความถี่	
	Consequence (Impact)	ระดับความรุนแรง	
	Risk Level	ระดับความเสี่ยง	
Risk Treatment Plan (การวางแผนรับมือความเสี่ยง)	Risk Transfer & Prevention	แนวทางป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	
	Risk Monitor	ตัวชี้วัดเพื่อการติดตามประเมิน	
	Risk Mitigation	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	
	QI Plan	การวางแผนเพื่อการพัฒนาให้ดีขึ้น	
Risk Monitoring & Review (การติดตามและประเมินผล)	Risk Owner	เจ้าของความเสี่ยง	
	Review Frequency	ความถี่ของการทบทวน	
	Date Last Review	วันที่ทบทวนล่าสุด	
	Result of Review	ผลการทบทวน	
	Residual Risk Level	ความเสี่ยงคงเหลือ (Residual risk level)	
	Risk Status	สถานะ	

ภาคผนวก ๘

ผลการทบทวนความเสี่ยง

หน่วยงานที่ทบทวน.....ผู้รายงานผลการทบทวน.....วัน เดือน ปี ที่รายงานผลการทบทวน

วันที่ทบทวน	Risk ID	ลำดับ IR (Maddo)	วันที่ รายงาน IR	ความเสี่ยงที่นำมาทบทวน (๑.เหตุที่เกิดโดยย่อ ๒.สรุป ปัญหา)	ผลการทบทวน/ข้อเสนอแนะ		การแก้ไขเชิงป้องกัน
					สาเหตุของปัญหา	ผลที่ได้จากการ ทบทวน(แนวทางการ แก้ไข)	
							() ทบทวนแนวทางเดิม () ยังไม่มีแนวทาง หัวข้อแนวทางเดิม..... ประเด็นที่ปรับ ใหม่..... ประเด็นที่พัฒนาเพิ่มเติม..... แผนทบทวน/จัดทำแนวทางปฏิบัติ เป็น () WI/SP หน่วยงาน () ระดับกลุ่มงาน () ระดับ ทีมนำ () ระดับ รพ. แนบมาพร้อมผลการทบทวน/ส่งภายหลัง ภายในวันที่.....

--	--	--	--	--	--	--	--

Update ครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ ๑๐/๐๔/๒๕๖๓

