

คู่มือการบริหารความเสี่ยง



โรงพยาบาลศรีณรงค์

อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

ประกาศใช้/ก.ค./2559

แก้ไขครั้งที่..... วันที่...../...../.....

คำนำ

การบริหารความเสี่ยงเป็นระบบงานที่สำคัญ ที่ส่งเสริมความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สินแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นในระบบบริการ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ขาดความเชื่อมั่นในการรับบริการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์จึงได้มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาระบบงานภายใต้การพัฒนาตามมาตรฐานต่างๆ ได้กำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยเป็นเป้าหมายหลักในการให้บริการ กำหนดแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบและปฏิบัติตามแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety Culture) เพิ่มคุณภาพการรักษา ลดข้อขัดแย้ง ข้อร้องเรียนด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จึงจัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์สามารถทราบถึงความสำคัญและแนวทางปฏิบัติตามระบบการบริหารความเสี่ยงต่อไป

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลศรีนครินทร์

กรกฎาคม 2559



ประกาศ นโยบายบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลศรีณรงค์ ปี 2559

เพื่อให้การดำเนินงานระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลศรีณรงค์ เกิดประสิทธิภาพสูงสุดตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงขอกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

- 1.) กำหนดให้ **ความปลอดภัย** เป็นเป้าหมายหลักในการให้บริการ “โรงพยาบาลศรีณรงค์ เป็นสถานที่ปลอดภัยต่อผู้รับบริการ ญาติและเจ้าหน้าที่”
- 2.) เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบและปฏิบัติตามแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิด วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety Culture)
- 3.) เจ้าหน้าที่ทุกคน ทุกหน่วยงาน ทุกทีมคร่อมสายงาน ต้องมีการบริหารความเสี่ยงโดย
 - การค้นหา ประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง กำหนดมาตรการ และติดตาม/ประเมินผล เพื่าระวังความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง
 - จัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงานให้เป็นปัจจุบัน
- 4.) ทุกหน่วยงาน ทุกทีมคร่อมสายงานต้องมีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากกิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรม, การทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ trigger tool และเครื่องมืออื่นๆ
- 5.) การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องปฏิบัติ เมื่อพบเห็นอุบัติการณ์โดยไม่มีการตำหนิหรือกล่าวโทษซึ่งกันและกัน ทั้งผู้รายงานและผู้ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์
- 6.) ทุกหน่วยงานจะต้องมีการสรุปรายงานอุบัติการณ์ทุกๆ สัปดาห์เข้าระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล แม้ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น
- 7.) เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องผ่านการอบรมเรื่องบริหารความเสี่ยงอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง

จึงประกาศมาให้ทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ. วันที่ กรกฎาคม 2559

(นายแพทย์วุฒิชัย แป้นทอง)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีณรงค์

สารบัญ

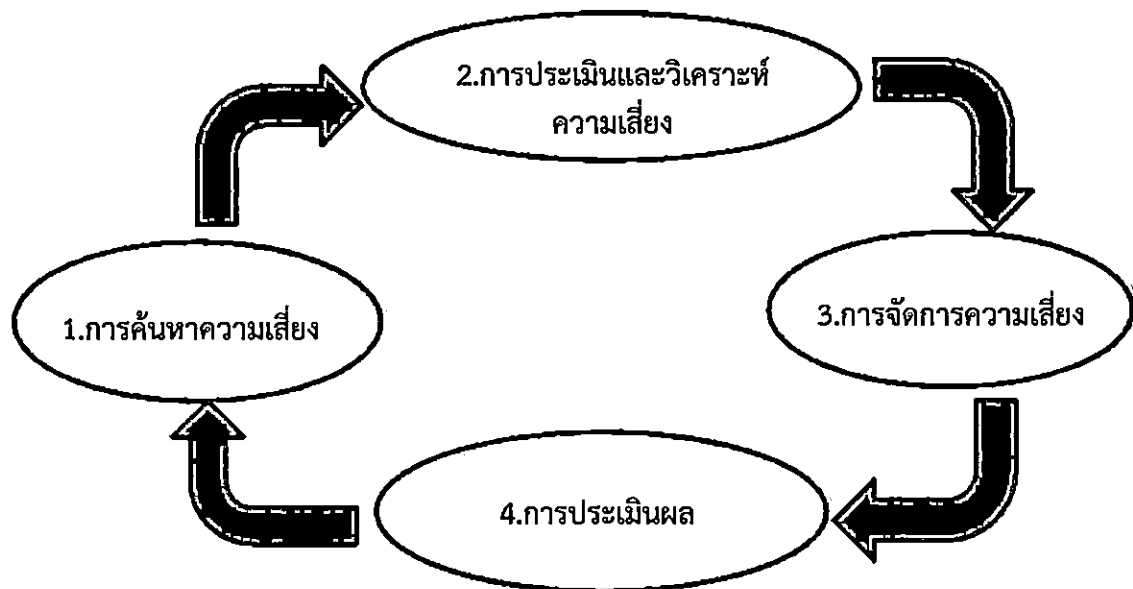
เรื่อง	หน้า
ความหมายและคำสำคัญในระบบบริหารความเสี่ยง	1
กระบวนการบริหารความเสี่ยง	2
ขั้นที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง	2
ขั้นที่ 2 การประเมินและการวิเคราะห์ความเสี่ยง	2
ขั้นที่ 3 การจัดการความเสี่ยง	6
ขั้นที่ 4 การประเมินผลและตัวชี้วัด	7
คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	8
ภาคผนวก	
แบบบันทึกอุบัติการณ์	10
แบบสรุปรายการความเสี่ยงรายรอบ (สัปดาห์) ของหน่วยงาน	11
แบบฟอร์มบัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)	12

ความหมายและคำสำคัญในระบบบริหารความเสี่ยง

- 1.) ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น นอกเหนือจากความคาดหมายจากการทำงานปกติ เช่น ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตราย ต่อเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล เป็นต้น
- 2.) บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงของหน่วยงานที่อาจเกิดขึ้นหรือเคยเกิดขึ้น ซึ่งหน่วยงานรับผิดชอบรวบรวมจัดทำขึ้นโดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์, ข้อมูลในอดีต, การทบทวนกระบวนการทำงานของหน่วยงาน, จากหน่วยงานอื่นๆ และทบทวนเหตุการณ์ต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ พร้อมวางมาตรการในการป้องกันความเสี่ยง โดยมีทั้งระดับโรงพยาบาลและหน่วยงาน
- 3.) อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) หมายถึง การบาดเจ็บ อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นผลจาก การดูแลรักษา มิใช่กระบวนการตามธรรมชาติของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต/นอนโรงพยาบาล นานขึ้นหรืออวัยวะสูญเสียการทำงานที่เป็นเหตุการณ์/อุบัติเหตุซึ่งนำไปสู่อันตราย
- 4.) เหตุการณ์เกือบพลาด (Near Miss) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน หรือด้วยความบังเอิญป้องกันได้ทันก่อนเกิดเหตุการณ์
- 5.) เหตุการณ์ที่ต้องเฝ้ามอง/พึงสังวรณ์ (Sentinel Event) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดการณ์มาก่อนและอาจจะมีผลทำให้เกิดความเสียหายจนถึงแก่ชีวิต หรือส่งผลร้ายแรงทางด้านจิตใจ โดยไม่มี ความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วไม่สามารถระงับได้ในรพ. และอาจทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของรพ. ต้องรายงานทันที และบันทึกรายงานอุบัติเหตุภายใน 24 ชม. ได้แก่
 - บุคลากร/ผู้รับบริการเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด (unexpected death) ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
 - อักคิภัย
 - อุบัติเหตุหมู่
 - ข้อร้องเรียนที่ส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงโรงพยาบาล (ระดับ 4)
 - ความคลาดเคลื่อนทางยา/สารน้ำ/เลือด (ระดับ G-I)
 - ผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น
 - การระบาดของโรค
 - การโจรกรรมทรัพย์สินของทางราชการ/เจ้าหน้าที่/ผู้รับบริการ
 - เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินทางราชการ/เจ้าหน้าที่/ผู้รับบริการ
 - อุบัติการณ์ที่คาดว่าจะมีผลกระทบร้ายแรงกับโรงพยาบาลหรือผู้ป่วย เช่น ไฟไหม้, ไฟฟ้าช็อต, ก่อเหตุการณ์ความไม่สงบภายในบริเวณโรงพยาบาล

- 6.) ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical Error) หมายถึง การปฏิบัติงานที่ไม่รักษามาตรฐานหรือตัดสินใจใช้การรักษาที่ไม่ถูกต้อง อันอาจเป็นเหตุให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นอันตราย/ความเสียหาย ต่อผู้ป่วย (หรืออาจไม่เกิดอันตรายก็ได้)

กระบวนการบริหารความเสี่ยง



ขั้นที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง

- 1.1 การค้นหาจากอดีต เช่น ความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา, ระบบบันทึกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว, การทบทวนเวชระเบียน (การใช้ตัวส่งสัญญาณ Trigger Tool), ข้อร้องเรียน, ปรับปรุง Risk Profile, ประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน, ทบทวน 12 กิจกรรม เป็นต้น
- 1.2 การสำรวจสภาพปัญหาในปัจจุบัน เช่น จากกระบวนการทางาน, C3-THER, PRE – POST Conference, สัมภาษณ์ผู้ป่วย, ญาติ, สังเกตขณะปฏิบัติงาน, ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย, เยี่ยมสิ่งแวดล้อม, รับส่งเวร, ตรวจเยี่ยม Chart เป็นต้น

ขั้นที่ 2 การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง

การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงจะครอบคลุมถึงการจำแนกประเภทความเสี่ยง, การประเมินระดับความรุนแรง, การประเมินผลข้อมูลความเสี่ยง

2.1 การจำแนกประเภทความเสี่ยง แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.1.1 ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) หมายถึง ความเสี่ยงที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วย แบ่งเป็น

2.1.1.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเนื่องจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ สามารถเกิดได้ในผู้ป่วยไม่จำเพาะโรคใดโรคหนึ่ง เป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ได้แก่ ความปลอดภัยจากการใช้ยา/สารน้ำ และเลือด, การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

2.1.1.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเนื่องจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ สามารถเกิดได้ในผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่ง เป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอดในกลุ่มหลังคลอด, ไข้ดังกั้นในผู้ป่วยใส่ด่างเทียม, Hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น

2.1.2 ความเสี่ยงทั่วไป (Common Risk) หมายถึง ความเสี่ยงที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการรักษาพยาบาล แต่เกิดจากปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความเสียหาย ได้แก่

- ด้านสิ่งแวดล้อม, อาชีวอนามัยและความปลอดภัย หมายถึง อุบัติการณ์ที่เกี่ยวกับอาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก, อุบัติการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่มีผลต่อสุขภาพบุคลากร, ความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน
- ด้านเครื่องมือ, อุปกรณ์ หมายถึง อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับเครื่องมือทางการแพทย์, เครื่องมืออุปกรณ์ทั่วไป รวมทั้งรถยนต์ราชการ : ไม่มี, ไม่เพียงพอ, ไม่พร้อมใช้งาน, ระบบขัดข้อง
- ด้านข้อร้องเรียน, สิทธิผู้ป่วย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลก่อนการลงนามยินยอมรับการรักษา, การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย, การตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษา
- ด้านสารสนเทศและเทคโนโลยี หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์, ความไม่พร้อมใช้, โปรแกรมการสื่อสารบันทึก, การจัดเก็บข้อมูล, ระบบอินเทอร์เน็ต
- ด้านการเงิน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับค่ารักษา, การสูญเสียบางได้อันเป็นทรัพย์สินทางราชการ
- ด้านระบบบริการ, ขั้นตอนบริการ หมายถึง อุบัติการณ์การดูแลช่วยเหลือ, การให้ข้อมูล, การช่วยเหลืออำนวยความสะดวก, พฤติกรรมบริการ, ขั้นตอนบริการ
- เวชระเบียน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับเอกสาร, ประวัติผู้ป่วย เช่น การบันทึกข้อมูล, การค้นหา/การระบุตัวผู้ป่วย, การบันทึกสิทธิการรักษา, การบันทึกค่ารักษาพยาบาล, การบันทึกที่แสดงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาล, การป้องกันโรค, การฟื้นฟูสภาพ, การสื่อสารของทีมงานสหสาขาวิชาชีพ

2.2 การแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยง

ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทางคลินิกแบ่งเป็น 9 ระดับ

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
A	ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่มีโอกาสทำให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้	Near Miss
B	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย	
C	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย	Low Risk
D	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เฝ้าระวัง เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย	
E	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องรับการรักษาเพิ่มขึ้น	Moderate Risk
F	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	
G	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้เกิดความพิการอย่างถาวร	High Risk
H	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ	
I	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้เสียชีวิต	

ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไปแบ่งเป็น 4 ระดับ

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
1	เหตุการณ์ที่อาจก่อความหรือสร้างความรำคาญยังไม่เกิดความเสียหาย	Near Miss
2	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น มีผลกระทบแต่ไม่เกิดผลเสียต่อชื่อเสียงหรือทรัพย์สินที่มีมูลค่าไม่เกิน 1,000 บาท	Low Risk
3	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น มีผลกระทบและเกิดผลเสียต่อชื่อเสียงหรือทรัพย์สินที่มีมูลค่าไม่เกิน 50,000 บาท	Moderate Risk
4	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น มีผลกระทบและเกิดผลเสียต่อชื่อเสียง อาจนำไปสู่การร้องเรียน/แจ้งความ/ฟ้องร้อง หรือเครื่องมือที่จำเป็น/เครื่องมือช่วยชีวิต มีจำนวนจำกัดเสียหายหรือทรัพย์สินที่มีมูลค่า 50,000 บาทขึ้นไป	High Risk

โปรแกรมความเสี่ยง แบ่งออกเป็น 8 โปรแกรม ดังนี้

โปรแกรมที่ 1 ความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงเฉพาะโรค

โปรแกรมที่ 2 ความปลอดภัยด้านยา/สารน้ำ/เลือด

โปรแกรมที่ 3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

โปรแกรมที่ 4 ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

โปรแกรมที่ 5 ความปลอดภัยด้านเครื่องมืออุปกรณ์

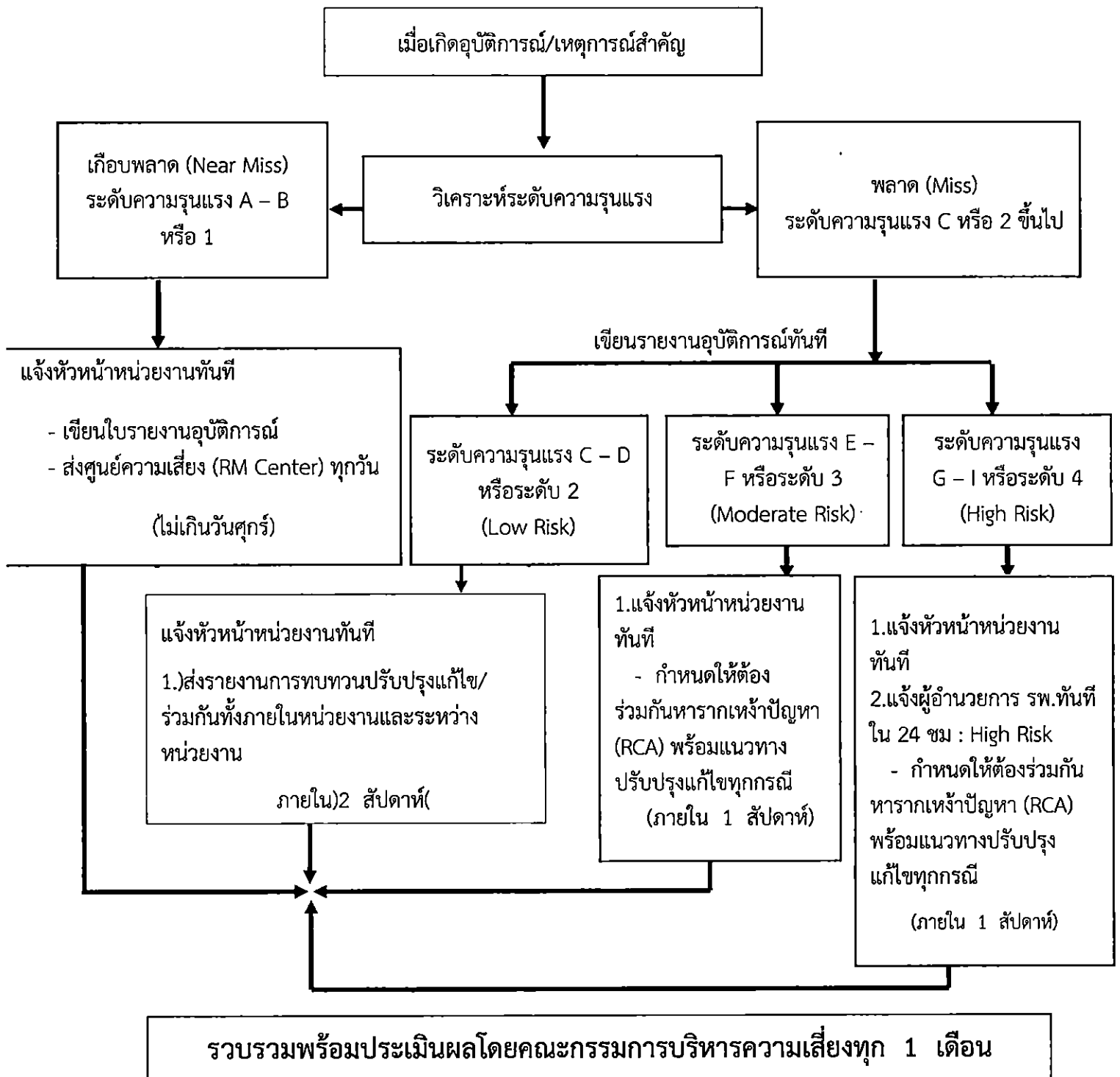
โปรแกรมที่ 6 สิทธิผู้ป่วยและข้อร้องเรียน

โปรแกรมที่ 7 ความเสี่ยงทั่วไป/ระบบบริการ

โปรแกรมที่ 8 อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่

โปรแกรม	ความหมาย	ทีมรับผิดชอบ
ความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงเฉพาะโรค	อุบัติการณ์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย การส่งตรวจห้องปฏิบัติการ/เอ็กซเรย์, การวินิจฉัยโรค, ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระบบบริการเฉพาะโรค	PCT
ความปลอดภัยด้านยา/สารน้ำ/เลือด	อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในเรื่องเกี่ยวกับการใช้ยา/สารน้ำ/เลือด และองค์ประกอบของเลือดทั้งหมด	PTC/Lab
การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะที่อาจก่อให้เกิดการติดเชื้อที่เกิดจากพฤติกรรมของบุคคล	IC
ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	อุบัติการณ์ที่เกิดจากความไม่ปลอดภัยของอาคารสถานที่ สาธารณูปโภค โภค โภค, ชุมชน, สิ่งแวดล้อม, ความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของผู้รับบริการ	ENV
ความปลอดภัยด้านเครื่องมืออุปกรณ์	อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจากเครื่องมือ, อุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องมืออุปกรณ์ทั่วไป, ไม่สามารถใช้งานได้ตามปกติ, เซตเครื่องมือหมดอายุ ไม่พร้อมใช้งาน/ไม่พอเพียง	ทีมเครื่องมือ
สิทธิผู้ป่วยและข้อร้องเรียน	อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความไม่ประทับใจ, ไม่พึงพอใจ, ไม่ได้รับการตอบสนองอันก่อให้เกิดความเสียหาย ต่อชื่อเสียงต่อบุคลากรและองค์กร, การกระทำที่ไม่คุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย	ทีมเจรจาไกล่เกลี่ย
ความเสี่ยงทั่วไป/ระบบบริการ	อุบัติการณ์ที่เกิดจากกระบวนการบริการผู้ป่วย, ระบบการบันทึกเวชระเบียน, การตรวจสอบสิทธิบัตร, การสื่อสาร, ด้านการเงิน และอุบัติการณ์ที่เกิดจากระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	PCT/IM/IT
อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่	อุบัติการณ์ที่เกิดจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัย, อุบัติเหตุ หรือบาดเจ็บจากการทำงานที่อาจเกิดขึ้นแก่ตัวเจ้าหน้าที่ และการไม่ปฏิบัติตามนโยบาย, กฎระเบียบวัฒนธรรมขององค์กร	IC/HRD

แนวทางการรายงานและการจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุ



ทีมจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ประกอบด้วย

- ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล
- หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
- หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป
- หัวหน้าหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์
- ผู้จัดการความเสี่ยงรายโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

หมายถึง การนำเหตุการณ์ และความสูญเสียที่เกิดขึ้นตรวจสอบความเพียงพอกับวิธีการหรือมาตรการที่ใช้ป้องกันความเสี่ยง ซึ่งต้องประเมินและติดตามดังนี้

4.1 การติดตามประเมินผลตามตัวชี้วัด ทุกเดือน

4.2 ประเมินผลระบบบริหารความเสี่ยงทั้งระบบ

4.3 การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ : ทั้งๆ ที่มีมาตรการป้องกันแล้ว อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์เดี่ยวหรือเกี่ยวข้องกับระบบอื่นๆ, มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้อีกหรือไม่, ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำเพื่อวางมาตรการเพิ่มเติมหรือค้นหากิจกรรมใหม่เพิ่มขึ้น

4.4 ทบทวนความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

4.5 มีการสื่อสารตอบสนองของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบและให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ และทรัพย์สินของโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด

1. อัตราของหน่วยงานที่มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) ร้อยละ 100
2. อัตราของหน่วยงานที่มีการเขียนรายงานความเสี่ยงได้ถูกต้อง ร้อยละ 100
3. ร้อยละบุคคลที่เขียนใบรายงานความเสี่ยงได้ถูกต้อง 100 %
4. ร้อยละบุคคลที่เขียนทบทวนแก้ไขความเสี่ยงได้ทันเวลา 100 %
5. ระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรต้องงานบริหารความเสี่ยง >80 %
6. ร้อยละของความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขทันเวลามากกว่า 80 %
7. ร้อยละของความเสี่ยงระดับ Low risk, Moderate (A-F), 1-3 ที่ถูกนำมาทบทวนแก้ไขทันเวลา 100 %
8. ร้อยละของความเสี่ยงระดับ High risk (G-I), 4 ที่ถูกนำมาทบทวนแก้ไขทันเวลา 100 %

9. อัตราการเกิดอุบัติเหตุการเข้าในระดับ High risk เป็น 0
10. จำนวนอุบัติเหตุการฟ้องร้องเป็น 0

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM)

1. นายแพทย์วุฒิชัย	เป็นทอง	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธานคณะกรรมการ
2. นางสาวนรินทร์รัตน์	จันทน์ โนนชัย	นักเทคนิคการแพทย์	รองประธาน
3. นายจักรกฤษณ์	โสภา	ทันตแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการ
4. นางรัตนา	สายยศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
5. นางเจนจิรา	กิดกล้า	เภสัชกร	กรรมการ
6. นางสาวจรรุวรรณ	สายน้อย	แพทย์แผนไทย	กรรมการ
7. นายธงทอง	มีด้วยมี	นักกายภาพบำบัด	กรรมการ
8. นายปฐวี	ลีดา	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
9. นางสาวพิรารวรรณ	ปัดภัย	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
10. นางสาวพนิดา	เพ็ญมาศจพ.สาธารณสุขชุมชน		กรรมการ
11. นางสาวลัดดา	คุ้มทอง	จพ.การเงินและบัญชี	กรรมการ
12. นายเจษฎา	อุสาหะ	จพ.เครื่องคอมพิวเตอร์	กรรมการ
13. นายอริย์	ชาญวิทย์	พนักงานขับรถ	กรรมการ

- | | | |
|---|-------------------|-------------------|
| 14. นายภคณัฐ
เลขานุการ | เพ็ญประสิทธิ์พงศ์ | นักเทคนิคการแพทย์ |
| 15. นางสาวเจวรินทร์
ผู้ช่วยเลขานุการ | โคตรชมพู | พยาบาลวิชาชีพ |

บทบาทหน้าที่

1. กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงทั้งระดับโรงพยาบาล ทีมคร่อมสาขางาน และหน่วยงาน
2. ผลักดันให้เกิดระบบการค้นหาความเสี่ยง, การรายงานและการจัดการความเสี่ยง
3. เข้าเยี่ยมหน่วยงานและติดตามประเมินผลระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน
4. สนับสนุนทรัพยากรในการปฏิบัติงานด้านป้องกันความเสี่ยงแก่หน่วยงานและทีมคร่อมสาขางาน
5. ประสานหน่วยงาน/ทีมคร่อมสาขางาน ในการวางระบบงานและมาตรการป้องกันความเสี่ยง
6. วิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง/แนวโน้ม เพื่อวางมาตรการป้องกันในภาพรวมของโรงพยาบาล
7. บทบาทผู้จัดการความเสี่ยงรายโปรแกรม
 - ติดตามข้อมูลความเสี่ยงของโปรแกรมที่รับผิดชอบ
 - ประสานงานหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ให้ทำการทบทวน, จัดการ, วางมาตรการแก้ไขเชิงระบบเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
 - ติดตามมาตรการความเสี่ยงของอุบัติการณ์
 - ประเมินผลอุบัติการณ์และรายงานโปรแกรม
8. บทบาทในการเจรจาไกล่เกลี่ย ต่อบริษัท กรณีเกิดข้อร้องเรียน หรือการฟ้องร้อง

ภาคผนวก

- แบบบันทึกอุบัติการณ์

- แบบสรุปรายการความเสี่ยงรายรอบ (สัปดาห์) ของหน่วยงาน
- แบบฟอร์มบัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)



แบบบันทึกรายงานเหตุการณ์สำคัญ/อุบัติการณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

[Srinarong Hospital Incident Report]

ปรับปรุง กรกฎาคม 2559

ชื่อผู้ป่วย/ผู้ประสบเหตุ.....อายุ.....ปี เพศ..... AN.....

HN.....

หน่วยงาน.....สถานที่เกิดเหตุ.....วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....

แพทย์เจ้าของไข้.....ผู้รายงาน.....

โปรแกรมนู : โปรแกรม และระบุผลกระทบของเหตุการณ์ครั้งนี้

โปรแกรมที่ 1 ความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงเฉพาะโรค

- ☐ 1) อาการทรุดลง/เปลี่ยนแปลง ขณะรอตรวจ
- ☐ 2) ไม่สามารถตรวจLab ได้
- ☐ 3) รายงานผล Lab : ผิดคน/ซ้ำ/ไม่ตรงกับใบLab/ไม่รายงาน/ลงข้อมูลไม่สมบูรณ์
- ☐ 4) ผล Lab Error
- ☐ 5) ฟิล์มเอกซเรย์ซ้ำ : ไม่ชัด, ผิดท่า
- ☐ 6) การงดและเลื่อนผ่าตัด
- ☐ 7) การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด ไม่ถูกต้อง
- ☐ 8) ปฏิบัติไม่ถูกต้องตาม Order
- ☐ 9) ทำหัตถการโดยไม่มีใบยินยอม
- ☐ 10) การ admit เข้าโดยโรคเดิม ภายใน 28 วัน
- ☐ 11) มาตรวจซ้ำภายใน 48 ชม.
- ☐ 12) ความล่าช้าในการวินิจฉัย
- ☐ 13) การวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้อง
- ☐ 14) มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ/การดูแลรักษา
- ☐ 15) มารดาตกเลือดหลังคลอด
- ☐ 16) มารดาคลอดบนเตียงรอกคลอด
- ☐ 17) ภาวะ DFIU ☐ 18) ภาวะ BBA
- ☐ 19) ภาวะ PIH ☐ 20) ภาวะ PPH
- ☐ 21) ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารก
- ☐ 22) ภาวะหัวใจขาดเลือด
- ☐ 23) ภาวะ stroke ☐ 24) Head injury
- ☐ 25) ผู้ป่วยเสียชีวิตหลัง refer 24 - 48 ชม.
- ☐ 26) ผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.
- ☐ 27) เป็นลม/ชัก/ช็อค
- ☐ 28) ภาวะ hypoglycemia
- ☐ 29) ภาวะ hyperglycemia
- ☐ 30) ภาวะ BA
- ☐ 31) อื่นๆ.....

โปรแกรมที่ 3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

- ☐ 1) Phlebitis ☐ 2) ติดเชื้อตาเด็ก
- ☐ 3) ติดเชื้อสะดือเด็ก ☐ 4) ติดเชื้อแผลมีเย็บ
- ☐ 5) ติดเชื้อเยื่อโพรงมดลูกอักเสบ
- ☐ 6) ติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ
- ☐ 7) ติดเชื้อในกระแสโลหิต
- ☐ 8) ผิวหนังอักเสบ บวม แดง จากการฉีดยา/วัคซีน
- ☐ 9) อื่นๆ.....

โปรแกรมที่ 4 ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

- ☐ 1) ไฟไหม้ ☐ 2) ไฟฟ้าตก/ดับ
- ☐ 3) ระบบประปา/รั่ว/แตก/ไม่ไหล
- ☐ 4) สลื่น, หกล้ม ☐ 5) ตกเก้าอี้/เตียง/เปลนอน/นั่ง
- ☐ 6) ระบบโครงสร้างอาคาร : รั่ว/พัง/หัก/ผุ/ชำรุด
- ☐ 7) ความสะอาดของพื้น ผนัง เพดาน
- ☐ 8) ป้ายอำนวยความสะดวก : ชำรุด/ไม่ชัดเจน/ไฟดับ
- ☐ 9) ห้องส้วม/ห้องน้ำ : ท่อตัน/เต็ม/พัง
- ☐ 10) เหตุรำคาญจากกลิ่น/แสงสว่าง/เสียง/ควัน
- ☐ 11) การควบคุมสัตว์และพาหนะนำโรค
- ☐ 12) การจัดการขยะ : คัดแยกไม่ถูกต้อง/ล้นถัง/ไม่เก็บขยะ/ถังขยะชำรุด
- ☐ 13) ระบบการจัดการน้ำเสีย
- ☐ 14) การจัดการน้ำอุปโภค/บริโภค
- ☐ 15) ระบบออกซิเจน/แก๊ส
- ☐ 16) ระบบ internet/ระบบโทรศัพท์
- ☐ 17) ระบบจราจรในโรงพยาบาล
- ☐ 18) ไม่ยกไม้กั้นเตียง
- ☐ 19) ทรัพย์สินสูญหาย
- ☐ 20) สิ่งแวดล้อมรอบอาคาร/รอบรพ. สกปรก, หนูรบกวน, ต้นไม้หัก, ขยะ
- ☐ 21) ผู้ป่วยถูกข่มขู่, คุกคาม, ทำร้ายร่างกาย
- ☐ 22) อื่นๆ.....

โปรแกรมที่ 5 ด้านเครื่องมืออุปกรณ์

- ☐ 1) เครื่องมือไม่พอ/ไม่มีใช้
- ☐ 2) เครื่องมือไม่พร้อมใช้งาน
- ☐ 3) เครื่องมือทำงานผิดปกติ
- ☐ 4) เครื่องมือชำรุด ☐ 5) เครื่องมือสูญหาย
- ☐ 6) ไม่ระบุวันเปิด/หมดอายุ อุปกรณ์
- ☐ 7) Indicator เครื่องมือไม่ผ่าน
- ☐ 8) ไม่คัดแยกอุปกรณ์หลังใช้งาน : ผ้าเบื่อนไม่แยก
- ☐ 9) เครื่องมือหมดอายุ
- ☐ 10) เครื่องมืออุปกรณ์ติดไปกับผ้า
- ☐ 11) เครื่องมืออุปกรณ์ใน Set ไม่ครบ
- ☐ 12) อุปกรณ์ร่อนย่นตราสาร : ดับ/ยางแตก/สตาร์ทไม่ติด
- ☐ 13) อื่นๆ.....

โปรแกรมที่ 7 ความเสี่ยงทั่วไป/ระบบบริการ

- ☐ 1) ระบุตัวผู้ป่วย (Identify) ผิดพลาด
- ☐ 2) บัตรนัดไม่ครบถ้วน ☐ 3) คัดกรองไม่เหมาะสม
- ☐ 4) ไม่ระบุสิทธิ์/ลงสิทธิ์ไม่ถูกต้อง
- ☐ 5) หา OPD Card ไม่เจอ/สูญหาย
- ☐ 6) หาเวชระเบียนไม่เจอ/สูญหาย
- ☐ 7) ติดต่อสื่อสารไม่ได้/ไม่ติดต่อสื่อสาร
- ☐ 8) สื่อสารข้อมูลผิดพลาด
- ☐ 9) HN เข้า/ชื่อ-สกุล/อายุ/เพศ ผิด/บัตรไม่ตรงกัน
- ☐ 10) ไม่ระบุสิ่งส่งตรวจ/ระบุผิดคน
- ☐ 11) อ่านลายมือไม่ออก/ไม่ชัดเจน
- ☐ 12) เตรียมเอกสารไม่ถูกต้อง
- ☐ 13) อื่นๆ.....

โปรแกรมที่ 8 อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่

- ☐ 1) บาดเจ็บจากการทำงาน : ไฟดูด/มีดบาดมือ/ตกจากที่สูง
- ☐ 2) ถูกข่มขู่/คุกคาม/ทำร้ายร่างกาย
- ☐ 3) ถูกโจรกรรม

โปรแกรมที่ 2 ความปลอดภัยด้านยา/สารน้ำ/เลือด

- ☐ 1) การสั่งยาผิดพลาด (Prescribing error)
- ☐ 2) การคัดลอกคำสั่งใช้ยาผิดพลาด (Transcribing error)
- ☐ 3) การจ่ายยาผิดพลาด (Dispensing error)
- ☐ 4) การให้ยาผิดพลาด (Administration error)
- ☐ 5) เกิดอาการข้างเคียงหรือปฏิกิริยาจากยา/สารน้ำ/เลือดและส่วนประกอบของเลือด
- ☐ 6) แพ้ยา
- ☐ 7) แพ้ยาซ้ำ
- ☐ 8) อุบัติการณ์ที่เกิดจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD)
- ☐ 9) อื่นๆ.....

โปรแกรมที่ 6 สิทธิผู้ป่วยและข้อร้องเรียน

- ☐ 1) เปิดเผยร่างกายผู้ป่วย
- ☐ 2) ไม่รักษาความลับผู้ป่วย
- ☐ 3) การบริการล่าช้า/รอนาน
- ☐ 4) ไม่สมัครใจอยู่/หนีกลับ/ขอไปรักษาที่อื่น/ขอบัตรคืน
- ☐ 5) พฤติกรรมบริการไม่สุภาพ/ไม่เหมาะสม
- ☐ 6) ข้อร้องเรียน : โดนฟ้องร้อง, เรียกค่าเสียหาย
- ☐ 7) อื่นๆ.....

โปรดระบุระดับความรุนแรงและบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้านหลัง (F-RM-02)



ระดับความรุนแรงและแบบบันทึกรายละเอียดของเหตุการณ์

ผลกระทบทางคลินิกต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ ระดับความรุนแรง 9 ระดับ ดังนี้

-A. ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่มีโอกาสทำให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้
-B. เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย
-C. เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย
-D. เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เฝ้าระวัง เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย
-E. เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องรับการรักษาเพิ่มขึ้น
-F. เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
-G. เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้เกิดความพิการอย่างถาวร
-H. เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ
-I. เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้เสียชีวิต

ผลกระทบทั่วไป (ไม่ใช่ทางคลินิก) 4 ระดับ ดังนี้

- ระดับ 1 : เหตุการณ์ที่อาจก่อความหรือสร้างความรำคาญยังไม่เกิดความเสียหาย
- ระดับ 2 : เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น มีผลกระทบแต่ไม่เกิดผลเสียต่อชื่อเสียงหรือทรัพย์สินที่มีมูลค่าไม่เกิน 1,000 บาท
- ระดับ 3 : เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น มีผลกระทบและเกิดผลเสียต่อชื่อเสียงหรือทรัพย์สินที่มีมูลค่าไม่เกิน 50,000 บาท
- ระดับ 4 : เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น มีผลกระทบและเกิดผลเสียต่อชื่อเสียงอาจนำไปสู่การร้องเรียน/แจ้งความ/ฟ้องร้อง หรือเครื่องมือที่จำเป็น/เครื่องมือช่วยชีวิต มีจำนวนจำกัดเสียหายหรือทรัพย์สินที่มีมูลค่า 50,000 บาทขึ้นไป

แบบบันทึกรายละเอียดเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

การจัดการเบื้องต้น	มาตรการจากการทบทวนร่วมกัน

ผู้จัดการรายโปรแกรมพิจารณา	☒ มาตรการครอบคลุมแล้ว	☒ ส่งคืนหน่วยงานเพื่อทบทวนมาตรการ	วัน/เดือน/ปี.....
คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงพิจารณา	☒ มาตรการครอบคลุมแล้ว	☒ ส่งคืนหน่วยงานเพื่อทบทวนมาตรการ	วัน/เดือน/ปี.....
...../...../..... ลงนามคณะกรรมการ / ผู้จัดการความเสี่ยงทางคลินิก / ผู้จัดการความเสี่ยงทั่วไป			

4. สำหรับทีมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง									
4.1 รับสรุปรายงานเมื่อวัน/เดือน/ปี.....									
4.2 ลงชื่อ.....นายกคณัฐ เฟื่องประสิทธิ์พงศ์ (เลขานุการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง)									

บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)

หน่วยงาน.....โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทบพวนครั้งที่.....วัน/เดือน/ปี.....

[illegible]

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

*หมายเหตุ : หน่วยงานต้องมีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน ทุกๆ 6 เดือน