

คู่มือการบริหารจัดการความเสี่ยง

(Risk Management)

โรงพยาบาลกุยบุรี

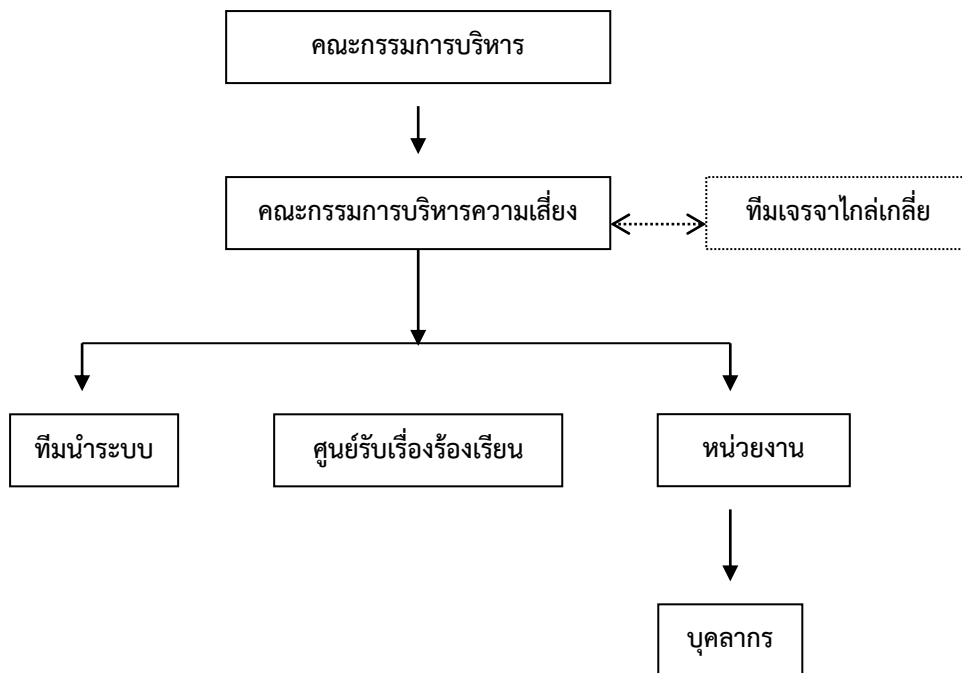
ฉบับปรับปรุง ปี 2569

จัดทำโดย คณะกรรมการความเสี่ยง (ทีม RM)

ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลกุกยบุรี

โรงพยาบาลกุกยบุรี มีการบริหารความเสี่ยง เพื่อสร้างหลักประกันในการให้บริการที่มีคุณภาพ และเกิดความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ โดยมีการตรวจสอบกระบวนการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ การรายงานความเสี่ยง รวมถึงการส่งข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ มีการประสานเชื่อมโยงการบริหารความเสี่ยง มีการเชื่อมโยงกับทีมนำสูงสุด โดยผู้อำนวยการเป็นประธานทีมบริหารความเสี่ยง ร่วมกำหนดนโยบาย เป้าหมาย และกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน จากการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และการนำเสนอรายงานต่อผู้บริหาร และเชื่อมโยงในรูปแบบของกรรมการ โดยแต่งตั้งทีมมาจากเลขาฯของทีมนำระบบ จากองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล PCT PTC ENV IC IM โดยมีการวางแผนงานประสานงาน และบริหารจัดการทั้งในภาวะปกติ และภาวะเร่งด่วน

โครงสร้างคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง



เป้าหมาย

1. เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ชุมชนและสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจในระบบบริหารจัดการความเสี่ยง และมีการแก้ไขความเสี่ยงเชิง

ระบบอย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตบริการ

1. กำหนดนโยบายและวางแผนค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก
2. กำหนดโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล และเชื่อมประสานโปรแกรมความเสี่ยงกับทีมที่เกี่ยวข้อง
3. วิเคราะห์ความเสี่ยงของหน่วยงานในโรงพยาบาลและแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง
4. ส่งเสริมการเฝ้าระวัง ป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นพร้อมกำหนดมาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ
5. ตอบสนองและแก้ไขปัญหาอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เหมาะสม
6. ให้ความรู้แก่บุคลากรและสนับสนุนหน่วยงานต่าง ๆ เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

นโยบายของงานบริหารความเสี่ยง

1. มีการพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่บุคลากร ในงานบริหารความเสี่ยง
2. มีการประสานและเชื่อมโยงในการป้องกันและจัดการความเสี่ยงและทีมคร่อมสายงานต่าง ๆ
3. ควบคุมและป้องกันความเสี่ยงทุกประเภทที่มีโอกาสเกิดขึ้นในโรงพยาบาล ทั้งต่อผู้มารับบริการ เจ้าหน้าที่ ทรัพย์สิน สิ่งของและชื่อเสียงของโรงพยาบาล
4. หน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก
5. มีการเฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงทุกประเภทที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล รวมทั้งมีการประสานการดำเนินงานในโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับทุกหน่วยงาน
6. ทุกหน่วยงานต้องมีการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน และมีการจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง มีการวิเคราะห์รวมทั้งมีการจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงสำคัญทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
7. สร้างวัฒนธรรมองค์กรในหน่วยงานทุกระดับ เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นความสำคัญในเรื่องความปลอดภัย, มีส่วนร่วมในการค้นหาและการรายงานความเสี่ยง
8. เมื่อมีเหตุการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้น มีระบบการรายงานที่ชัดเจน และรายงานตามลำดับชั้น ซึ่งการรายงานความเสี่ยงเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติโดยไม่ถือว่าผู้ที่รายงานมีความผิด
9. มีแนวทางในการจัดการข้อร้องเรียน / ความเสี่ยงไม่ว่าข้อร้องเรียนนั้นจะด้วยวาจา หรือเป็นลายลักษณ์อักษร ถือว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญและมีผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ต้องมีการรายงาน บันทึกการรายงานรวมทั้งมีการตอบสนองต่อข้อร้องเรียนอย่างรวดเร็ว เหมาะสม
10. มีระบบสารสนเทศที่สะท้อนสถานการณ์ความเสี่ยงและระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ

บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

1. กำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในโรงพยาบาล
2. กำหนดแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในโรงพยาบาล ครอบคลุมความเสี่ยงด้านคลินิก, ความเสี่ยงทางด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม, ความเสี่ยงทางด้านอุปกรณ์ และเครื่องมือ, ความเสี่ยงทางด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัยในหน่วยงาน, ความเสี่ยงทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน

3. วางแผนการพัฒนาและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ ให้มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง
4. ประสานงานกับทีมนำด้านต่างในโรงพยาบาลเพื่อจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
5. ดูแลเรื่องพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่และระบบสุศึกษาประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลเพื่อการบริหาร

ผู้ป่วย

6. เป็นตัวแทนประสานในการบริหารจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานของตน
7. ประเมินผลการดำเนินงานและการปฏิบัติตามนโยบาย
8. งานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการ

บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหน่วยงาน

1. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน พิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีมีความเสี่ยงเกิดขึ้นในหน่วยงาน
2. ค้นหาและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงภายในหน่วยงานและวางมาตรการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงที่

สำคัญ

3. จัดระบบบริหารความเสี่ยงภายในหน่วยงาน
4. ทบทวนและลงนามในใบบันทึกรายงานสำคัญอุบัติการณ์ภายในหน่วยงาน ก่อนส่งถึงผู้จัดการความเสี่ยง
5. รับทราบสถิติข้อมูล เกี่ยวกับความเสี่ยงภายในหน่วยงานและร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน วิเคราะห์

ประเมินประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในหน่วยงาน

6. นำเสนอข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานแก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
7. สนับสนุนให้บุคลากรในบังคับบัญชาร่วมมือในการเฝ้าระวังและรายงานความเสี่ยง
8. ทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อย่างสม่ำเสมอ
9. รับนโยบาย แผนงาน และมาตรการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล

1. ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคู่มือในการเฝ้าระวังความเสี่ยง และจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล
2. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์/อุบัติการณ์เบื้องต้น
3. บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไขความเสี่ยง อธิบายไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นและรายงานผู้บังคับบัญชา

ตามลำดับ

4. รายงานความเสี่ยง เมื่อพบเห็น/วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบทบาท

หน้าที่ของศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

1. รับข้อร้องเรียน
2. ลดระดับอารมณ์ของผู้ร้องเรียน
3. ลดระดับความรุนแรงของผู้ร้องเรียน
4. ดำเนินการตามขั้นตอนการจัดเก็บข้อ

คำจำกัดความ

1. ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความสูญเสียหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ หรือเป็นเหตุการณ์ การกระทำใดที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งส่งผลกระทบหรือสร้างความเสียหาย (ทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน) หรือก่อให้เกิด ความล้มเหลว ลดโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมาย เช่น เกิดความสูญเสียที่เกิดกับผู้ใช้บริการ การสูญเสียรายได้ การเสื่อมเสีย ชื่อเสียง ความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บที่เกิดกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทำลายสิ่งแวดล้อม และการ ชดใช้ค่าเสียหาย

2. เหตุการณ์เกือบพลาด (Near miss) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์หรือไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไข/ป้องกันสถานการณ์ได้ทัน หรือด้วยความบังเอิญป้องกันได้ทันก่อนเกิดเหตุการณ์

3. อุบัติการณ์ (Incident) (ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดหรือ ก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล และ/หรือ คำนวณเรียน การสูญเสีย ความเสียหาย

4. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) หมายถึง อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยได้รับซึ่ง เกิดจากการดูแลรักษาและไม่ได้เป็นผลเสียสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วยเอง อันตรายดังกล่าว ส่งผลให้ระยะเวลาการรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรือเกิดความพิการ หรือเสียชีวิตตามมา

5. บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งหน่วยงานที่ได้ รวบรวม จัดทำขึ้นโดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ การสำรวจภายในหน่วยงานเพื่อเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีการ ฝ้าทั้งในระดับโรงพยาบาลและหน่วยงาน

6. ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register) หมายถึง เอกสารที่ช่วยในการบริหารจัดการความเสี่ยงให้ ครอบคลุมทุกขั้นตอน พร้อมทั้งมีการวางแผนในการป้องกัน การจัดการและประเมินผล เพื่อให้การบริหารจัดการความ เสี่ยงมีชีวิต มีพลวัตร เห็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่เป็นระบบ

7. การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) หมายถึง การค้นหา การประเมินความรุนแรงและการ ดำเนินการเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยง รวมทั้งการจัดการเมื่อเกิดปัญหาขึ้น และการประเมินผล ฝ้าระวังความเสี่ยง

8. วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety culture) คือคุณลักษณะขององค์กรในด้านความปลอดภัยดังนี้

1) การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีคามเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาด

2) สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลาดหรือ Near miss โดยไม่ต้อง

หวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ

3) มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความล่าช้าต่าง ๆ

4) ความเต็มใจขององค์กรที่จะสนับสนุนทรัพยากรเพื่อความปลอดภัย

9. เหตุการณ์ที่พึงสังวร (Sentinel event: SE) หมายถึง เหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการคาดการณ์ มา ก่อน ซึ่งมีผลทำให้เกิดความเสียหายจนถึงแก่ชีวิต หรือสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะอย่างถาวร หรือส่งผล กระทบ ต่อจิตใจอย่างรุนแรง โดยไม่มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น รวมถึงเหตุการณ์ที่อาจทำให้ เสื่อมเสีย ชื่อเสียงของโรงพยาบาล ถือเป็น อุบัติการณ์รุนแรง ที่ผู้ประสบเหตุการณ์ต้องรายงานหัวหน้างาน/ฝ่าย/ หน่วยงานและผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนทราบทันทีหรือโดยเร็วที่สุด เพื่อแก้ไขเหตุการณ์ทันทีอย่างเหมาะสม และต้องแจ้งให้ผู้ปฏิบัติทราบโดยทั่วถึงกัน

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้กำหนดเหตุการณ์ความรุนแรงสูงสุด (Sentinel Event) ที่ต้องรายงานทันที ตามรายการความเสี่ยง ดังนี้

Sentinel event

ด้านการรักษาพยาบาล (Clinical)

1. ตกเตียง /พลัดตกหกล้ม
2. ฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตาย
3. ผู้ป่วยถูกลักพาตัว สลักหรือสูญหาย หรือพลัดหลงหรือหลบหนี

ด้านระบบบริการ (Non-clinical)

1. ลักทรัพย์/ทรัพย์สินสูญหาย
2. ไฟไหม้ /ไฟฟ้าช็อต
3. รถโรงพยาบาลเกิดอุบัติเหตุ
4. ถูกข่มขู่/ทำร้าย/ทะเลาะวิวาท
5. ระบบ server ล่ม > 30 นาที
6. ไฟฟ้าดับ แก่ไม่ได้ > 1 ชม.
7. เกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน
8. ความผิดพลาดที่มีโอกาสนำไปซึ่งการฟ้องร้อง/เสียชื่อเสียง

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้กำหนดอุบัติการณ์ที่ป้องกันไม่ให้เกิดได้ และอุบัติการณ์ที่ลดความรุนแรงได้ ดังนี้

Zero event (ควบคุมไว้ไม่ให้เกิด)

- 1.1 ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
- 1.2 อุปกรณ์ตกค้างในตัวผู้ป่วย
- 1.3 ให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
- 1.4 แพ้ยาซ้ำ

Harm free care (ค้นหาความเสี่ยง ลดความรุนแรง)

- 2.1 ติดเชื้อแผลผ่าตัด
- 2.2 พลัดตก หกล้ม
- 2.3 ยาความเสี่ยงสูง
- 2.4 ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน
- 2.5 ฆ่าตัวตาย
- 2.6 อักคิภัย

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ :

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและระบุความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและระบุความเสี่ยง

1. การค้นหาจากอดีต

- ศึกษาความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา
- เรียนรู้จากประสบการณ์หรือความผิดพลาดของคนอื่น
- ทบทวนข้อร้องเรียนที่ผ่านมา

2. การค้นหาเชิงรุก

- ทบทวนกระบวนการหลักของงาน หาจุดที่อาจเกิดความเสี่ยง
- ทบทวนเวชระเบียน, การตามรอยทางคลินิก (trigger tools)
- การสำรวจความเสี่ยงหน่วยงานของผู้บริหาร ผู้เยี่ยมสำรวจภายใน/ภายนอก
- การสำรวจหน้างานของทีมคร่อมสายงาน เช่น IC ENV Risk round
- การสังเกตขณะปฏิบัติ ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม
- ทบทวนข้างเตียง สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ
- ทบทวน 12 กิจกรรมทางคลินิก

3. การค้นหาเชิงรับ จากบันทึกที่มีอยู่แล้ว เช่น

- รายงานอุบัติการณ์
- บันทึกประจำวันของหน่วยงาน
- บันทึกข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่

หน่วยงานและโรงพยาบาลทำการค้นหารวบรวมความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้น รวบรวมและจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานและของโรงพยาบาล (Risk profile) จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง และวางมาตรการป้องกัน/แก้ไข สื่อสารให้เจ้าหน้าที่รับทราบ และทบทวน Risk profile อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยงจะครอบคลุมตั้งแต่การจำแนกประเภทความเสี่ยง การประเมินระดับความรุนแรงและการประเมินผลข้อมูลความเสี่ยง

การจำแนกประเภทความเสี่ยงแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk) หมายถึง เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งเกิดในกระบวนการให้บริการ การตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาล หรืออุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ แบ่งเป็น

1.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk) หมายถึง เป็นความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยในกระบวนการรักษาที่ไม่จำเพาะต่อโรคใดโรคหนึ่ง เช่น การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา, การให้เลือดผิดหมู่, ตกเตียง, ผล Lab/ X-ray ผิดพลาด เป็นต้น

1.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk) หมายถึง เป็นความเสี่ยงเฉพาะตามกลุ่มโรค/เหตุการณ์ที่สำคัญ หรือภาวะแทรกซ้อน โดยกำหนดโรคหรือเหตุการณ์เป็นตัวตั้ง เพื่อพิจารณาว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงอะไรบ้าง เช่น ภาวะ Hypoglycemia/DKA ในผู้ป่วยเบาหวาน

2. ความเสี่ยงทั่วไป (Non-clinical risk) หมายถึง ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องมือ ข้อร้องเรียนการแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยง

การแบ่งระดับตามกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยง จากระบบการรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศ (National Reporting and Learning System) ดังนี้

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก และหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goals ของกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป กำหนดรับความรุนแรง เป็นระดับ A – I ตามรายละเอียดดังนี้

ระดับ	คำอธิบาย	การจัดกลุ่ม
A	(เกิดที่นี้) เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเองสามารถปรับแก้ไขได้ ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและผู้ป่วยหรือบุคลากร รวมถึงเหตุการณ์ที่เสี่ยงที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน	เกือบพลาด/ ความรุนแรงน้อยมาก (Near miss)
B	(เกิดที่ไกล) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งต่อเหตุการณ์/ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่น แต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบใดๆ ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร	
C	(เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร แต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย	ความรุนแรงน้อย
D	(ให้ระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ว่าจะไม่เป็นอันตราย	
E	(ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มมากขึ้น	ความรุนแรงปานกลาง
F	(เสียเวลานาน) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น	
G	(ต้องพิจารณา) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ทำให้เกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ความเชื่อถือ และ/หรือมีการร้องเรียน	ความรุนแรงมาก
H	(ต้องการปัดป้อง) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร มีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิตหรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล	
I	(จำใจลา) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียง โดยมีการฟ้องร้องทางศาล/สื่อ	ความรุนแรงมากที่สุด

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป ยกเว้นหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goals กำหนดและแยกระดับความรุนแรงเป็นระดับ 1 – 5 ตามรายละเอียด ดังนี้

ลำดับ	คำอธิบาย	การจัดกลุ่ม
1	ความผิดพลาดยังไม่เกิด แต่มีโอกาสเกิดความเสียหายได้ หรือเกิดความผิดพลาดขึ้น แต่ไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 0 – 5,000 บาท)	เกือบพลาด/ ความรุนแรงน้อยมาก (Near miss)
2	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 5,001 – 10,000 บาท)	ความรุนแรงน้อย
3	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบ (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 10,001 – 50,000 บาท)	ความรุนแรงปานกลาง
4	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (กรณีเกิดต่ออุปกรณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่ไม่ใช่อุปกรณ์ช่วยฉุกเฉิน) (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 50,001 – 100,000 บาท)	ความรุนแรงมาก
5	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง (กรณีเกิดต่ออุปกรณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและเป็นอุปกรณ์สำคัญในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Ambo bag, Suction, Defibrillation, Laryngoscope) หรือเกี่ยวข้องกับระบบการทำงานที่สำคัญ (รถ Refer, ออกซิเจน, รถ Emergency) (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 100,001 บาท)	ความรุนแรงมากที่สุด

จัดกลุ่มตามระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ เพื่อใช้ในการรายงานความเสี่ยง

จัดกลุ่ม	ระดับความรุนแรงทางคลินิก	ระดับความรุนแรงทั่วไป
1. เกือบพลาด/ความรุนแรงน้อยมาก (Near miss)	A – B	1
2. ความรุนแรงน้อย	C – D	2
3. ความรุนแรงปานกลาง	L – I	3
4. ความรุนแรงมาก	G – H	4
5. ความรุนแรงมากที่สุด	I/Sentinel event	5

การประเมินความเสี่ยง เป็นการจำแนกและพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่มีอยู่โดยประเมินจากโอกาสที่จะเกิด (Likelihood) และผลกระทบ (Impact) หรือความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)

ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยงในรูปแบบ Risk matrix 5x5

ความรุนแรงของเหตุการณ์/ ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)		โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood)				
		อาจเกิด 1 ครั้งใน 2-5 ปี	อาจเกิด 1 ครั้งต่อปี	เกิดเกือบ ทุกเดือน	เกิดเกือบ ทุกสัปดาห์	เกิดเกือบ ทุกวัน
		Remote (1)	Uncommon (2)	Occasional (3)	Probable (4)	Frequent (5)
I, 5	Catastrophic (5)	5	10	15	20	25
H, 4	Major (4)	4	8	12	16	20
G, 3	Moderate (3)	3	6	9	12	15
E-F, 2	Minor (2)	2	4	6	8	10
A-D, 1	Negligible (1)	1	2	3	4	5

*สีเขียว = เสี่ยงต่ำ, สีเหลือง = เสี่ยงปานกลาง, สีส้ม = เสี่ยงสูง, สีแดง = เสี่ยงสูงมาก

ความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)	คะแนน
Negligible = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ A-D หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 1	1
Minor = ความรุนแรงทางคลินิก E-F หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 2	2
Moderate = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ G หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 3	3
Major = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ H หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 4	4
Catastrophic = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ 1 หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 5	5
โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood)	คะแนน
Remote คือ โอกาสเกิดน้อยมาก อาจเกิดขึ้น 1 ครั้งในรอบ 2-5 ปี	1
Uncommon คือ เกิดเป็นครั้งคราวในรอบปี อาจเกิด 1 ครั้งต่อปี	2
Occasional คือ มีโอกาสเกิดหลายครั้งในรอบปี อาจเกิดเกือบทุกเดือน	3
Probable คือ มีโอกาสเกิดบ่อยในรอบเดือน อาจเกิดเกือบทุกสัปดาห์	4
Frequent คือ มีโอกาสเกิดเกือบจะทุกวัน	5

เมื่อนำ ความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence) คูณด้วย โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood) ตามตาราง Risk matrix จะได้เป็น Risk level คือระดับความสำคัญของความเสี่ยง จัดกลุ่มได้ 4 ระดับได้แก่

1. สีเขียว = ความเสี่ยงระดับต่ำ (Low risk)
2. สีเหลือง = ความเสี่ยงระดับปานกลาง (moderate risk)
3. สีส้ม - ความเสี่ยงระดับสูง (high risk)
4. สีแดง = ความเสี่ยงระดับสูงมาก (Extreme risk)

การวิเคราะห์

1. ให้แทนค่าคะแนนของโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ หรือความถี่และความรุนแรงของเหตุการณ์หรือผลที่จะเกิดตามมา โดยเปรียบเทียบจากสถิติที่กำหนด
นำค่าคะแนน 2 มาคูณกันในตาราง
3. นำผลคูณของค่าคะแนนที่ได้เทียบตามตาราง ว่าความเสี่ยงนั้นอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงใด (อยู่สีใด)
4. หน่วยงานประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน โดยนำความเสี่ยงที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลางขึ้นไป จัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยง และรวบรวมเป็น Risk profile ของหน่วยงาน
5. หน่วยงานและองค์กร ใช้ Risk level ในการจัดทำ Risk register

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง

การจัดการกับความเสี่ยง ประกอบด้วย การควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความสูญเสียการควบคุมความเสี่ยง (Risk Control) เป็นความพยายามที่จะหยุดหรือลดความเสียหาย ซึ่งสามารถทำได้โดยใช้กลยุทธ์ 5 ประการ ดังนี้:

1. **การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance)** คือ การที่บุคคลหรือองค์กร ยุติการทำหน้าที่บางอย่างที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การปิดห้องคลอด, การปิดห้องผ่าตัด
2. **การผ่องถ่ายความเสี่ยง (risk transfer)** คือ การที่มอบหมายให้บุคคล หรือองค์กรอื่นมาทำหน้าที่ที่มีความเสี่ยงแทน เช่น การส่งผู้ป่วยไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเอกซเรย์นอกสถานที่ก็เป็นการผ่องถ่ายความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิดพลาดไปให้ด้วย
3. **การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention)** คือ การใช้มาตรการต่าง ๆ เพื่อลดโอกาส ที่จะเกิดอุบัติเหตุหรือความเสียหาย เช่น การป้องกันอุบัติเหตุ การใช้วัสดุทนไฟ และการฝึกซ้อมเมื่อเกิดอัคคีภัย
4. **การลดความสูญเสีย (Loss reduction)** คือ กลยุทธ์ที่ใช้เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้ว เช่น การสอบสวน และการบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์เพื่อลดภาระการชดเชย การให้ข้อมูลที่สมบูรณ์และตรงไปตรงมาเพื่อลดการเสียชื่อเสียง กลยุทธ์ที่สำคัญเพื่อลดความสูญเสียคือการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาด้วยความใส่ใจทันทีที่การ
5. **แบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation)** เป็นการกระจายความเสี่ยงออกไป ในรูปแบบต่าง ๆ หรือการมีระบบสำรอง เช่น มีเครื่องกำเนิดไอน้ำ 2 ใบ มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้า 2 เครื่อง สิ่งเหล่านี้ไม่สามารถลดความเสี่ยงใน ตัวเองได้ แต่เมื่อรวมกันแล้วทำให้ ผลกระทบต่อองค์กรลดลง

การบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย (Risk Financing) มีเป้าหมายที่จะจ่ายชดเชยเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้นแล้วอย่างเหมาะสมและไม่กระทบต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหายที่มิใกล้เคียง จะเป็นผู้สรุปปัญหา นำเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาลร่วมกันพิจารณาชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสมเพื่อให้มีการบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ กำหนดให้หน่วยงาน ทีมคร่อมสายงาน และองค์กร จัดทำ

บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) และทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register)

ก.ระดับหน่วยงาน

1. รายการความเสี่ยงของหน่วยงาน ส่งทีม RM ทุกเดือน
2. จัดทำ Risk profile ของหน่วยงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และรายงานทีม RM
3. นำความเสี่ยงที่ค้นหาและประเมินระดับแล้วมาเรียงลำดับความสำคัญตั้งแต่ระดับ Extreme risk, High risk, moderate risk, และ Low risk

4. วางแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญระดับ moderate risk ขึ้นไปโดยการระดมสมอง
 - วางแนวทางการจัดการเชิงระบบ
 - วิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Root Cause Analysis)
 - ในกรณีที่คาดว่าจะไม่สามารถจัดการได้ภายในหน่วยงานให้นำเสนอต่อผู้บังคับบัญชาเพื่อนำไปหาแนวทาง จัดการในระดับคณะกรรมการคร่อมสายงาน เช่น PCT ENVIC ต่อไป
5. นำข้อมูลมาสรุปจัดทำคู่มือสำหรับบุคลากรในหน่วยงาน ในการป้องกันและจัดการความเสี่ยง
6. เฝ้าระวังและติดตามการดำเนินงานโดยดูจากรายงานอุบัติการณ์ และเครื่องชี้วัดที่มีการ
7. ทบทวนคู่มือ และมาตรการที่จัดทำไว้เป็นระยะ ๆ และเมื่อเกิดความเสี่ยงที่มีระดับผลกระทบรุนแรง จัดทำ

Risk register สำหรับความเสี่ยงระดับ high risk ขึ้นไป หรือความเสี่ยงที่เกิดบ่อยแล้วต้องการติดตาม

ข. ระดับโรงพยาบาล

1. ทีม RM รวบรวมความเสี่ยงของทั้งองค์กร และจัดทำ Hospital risk profile อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2. จัดทำ Risk register ของโรงพยาบาล วางแนวทาง/มาตรการการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ
แนวทางในการรายงานและจัดการความเสี่ยงตามลักษณะการเกิดอุบัติการณ์ และระดับของความรุนแรง ดังนี้

1. ความเสี่ยงเกือบพลาด (A-B, 1) และความเสี่ยงรุนแรงน้อย (C-D, 2)

- ผู้ประสบเหตุแก้ไขปัญหาล่วงหน้า และรายงานหัวหน้าหน่วยงานหรือหัวหน้าเวร
- ให้เจ้าหน้าที่ที่พบเหตุลงบันทึกอุบัติการณ์ใน HRMS on cloud ได้ทันที
- ทำการทบทวน/แก้ไข/วางมาตรการป้องกัน ภายในหน่วยงานหรือระหว่างหน่วยงาน
- รวบรวมส่งทีม RM ภายใน 1 เดือน

2. ความเสี่ยงรุนแรงปานกลาง (E-F, 3)

- ผู้ประสบเหตุรายงานหัวหน้าหน่วยงานทันที ร่วมกันแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า
- หากแก้ไขไม่ได้ ให้รายงานหัวหน้าฝ่าย/แพทย์เวร/แพทย์เจ้าของไข้ จัดการแก้ไขปัญหาต่อไป
- บันทึกข้อมูลในระบบ HRMS on cloud
- ทบทวน ทำ RCA หามาตรการป้องกัน ภายใน 1 สัปดาห์

3. ความเสี่ยงรุนแรงมาก (G-H, 4), ความเสี่ยงรุนแรงมากที่สุด (I, 5) และ Sentinel event (SE)

- ผู้ประสบเหตุรายงานแพทย์เวร/แพทย์เจ้าของไข้ ทันที, SE รายงานผอ. ทันที
- ทีม RM ประสานทีมที่เกี่ยวข้อง แก้ไข/บรรเทาความรุนแรง ภายใน 24 ชั่วโมง
- บันทึกข้อมูลในระบบ HRMS on cloud
- ทบทวน ทำ RCA หามาตรการป้องกัน ภายใน 1 สัปดาห์

ตารางแสดงแนวทางการรายงานและการแก้ไข

ระดับความรุนแรง	การรายงาน	ระยะเวลาการรายงานในระบบ	แนวทางการจัดการ	ระยะเวลาการวางมาตรการป้องกัน	ระยะเวลาการติดตามผล
A - B 1	-รายงานในระบบ	-ทุกวัน	-รวบรวมดูแนวโน้มความถี่/ วางมาตรการป้องกัน	1 เดือน	2 เดือน
C - D 2	-รายงานในระบบ	-ทุกวัน	-ทบทวนแนวทางปฏิบัติ/ จัดทำคู่มือ	1 เดือน	2 เดือน
E - F 3	-รายงานหัวหน้า ทันที -รายงาน ผอ.ภายใน 24 ชม. -รายงานในระบบ	-ภายใน 48 ชม. -บันทึกเหตุการณ์ใน 24 ชม.	-ดำเนินการหา RCAวาง มาตรการป้องกัน/แก้ไข จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติ	1 สัปดาห์	1 เดือน
G - H 4	-รายงานหัวหน้าทันที -รายงาน ผอ.ทันที -รายงานในระบบ	-ภายใน 24 ชม. -บันทึกเหตุการณ์ใน 24 ชม.	-ดำเนินการหา RCAวาง มาตรการป้องกัน/แก้ไข จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติ	1 สัปดาห์	2 สัปดาห์
I Sentinel event 5	-รายงานหัวหน้าทันที -รายงาน ผอ.ทันที -รายงานในระบบ	-ภายใน 24 ชม. -บันทึกเหตุการณ์ ทันที	-ดำเนินการหา RCAวาง มาตรการป้องกัน/แก้ไข จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติ	1 สัปดาห์	2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและติดตาม

การประเมินผล หมายถึง การนำเหตุการณ์ และความสูญเสียที่เกิดขึ้น มาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการที่ใช้ป้องกันความเสี่ยง ซึ่งสิ่งที่ต้องประเมินได้แก่

- การติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน
- การประเมินผลระบบบริหารความเสี่ยงทั้งระบบ
- การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
- การทบทวนความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
- มีการส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงกลับสู่หน่วยงานและเจ้าหน้าที่

ตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1	จำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงาน (ทั้งหมด/รุนแรง)	เพิ่มขึ้น
2	สัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์ near miss: miss	≥60%
3	ร้อยละหน่วยงานที่รายงานความเสี่ยง	≥90%
4	ร้อยละหน่วยงานที่จัดทำ Risk register	≥80%
5	ร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก ระดับ E- ที่ได้รับการทำ RCA	≥80%
6	ร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านทั่วไป ระดับ 3-5 ที่ได้รับการทำ RCA	≥80%
7	ร้อยละของการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรงซ้ำ (ระดับ E ขึ้นไป, ระดับ 3 ขึ้นไป)	<10%
8	ตัวชี้วัดตามมาตรฐานความปลอดภัย 9 ข้อ ที่ผ่านเกณฑ์	≥80%

โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาลกุยบุรี

- โปรแกรมด้านการดูแลผู้ป่วย** หมายถึง อุบัติการณ์/ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับ กระบวนการดูแลรักษา เช่น การรับเข้า การส่งต่อ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษา รวมถึงการดูแลในภาวะความเสี่ยงสูง หัตถการหรือการผ่าตัด การคลอด การดูแลภาวะวิกฤติ
- โปรแกรมด้านการบริหารยา** หมายถึง อุบัติการณ์/ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารยาระบบยา
- โปรแกรมด้านการควบคุมการติดเชื้อ** หมายถึง อุบัติการณ์/ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับ การติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่ส่งผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่ สิ่งแวดล้อม ชุมชน การละเลยต่อมาตรการด้านการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย
- โปรแกรมด้านโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อม/ด้านอาชีวอนามัย** หมายถึง อุบัติการณ์/ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับ ความปลอดภัยในเรื่องโครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม ระบบสนับสนุนฉุกเฉิน เช่น ประปา ไฟฟ้า ก๊าซทางการแพทย์ การขนส่ง ระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ การกำจัดของเสียและขยะ ระบบบำบัดน้ำเสีย อัคคีภัย ความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สินของผู้รับบริการ, อุบัติการณ์/ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับ สภาวะสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่ การเจ็บป่วยจากการทำงาน การประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน และความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ภายในสถานที่ทำงาน
- โปรแกรมด้านการจัดการเครื่องมือ** หมายถึง อุบัติการณ์/ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับ ความพร้อมใช้ ความปลอดภัยในเรื่องเครื่องมือ ตั้งแต่กระบวนการจัดหา การใช้ การบำรุงรักษาและการซ่อม
- โปรแกรมด้านเวชระเบียนและสารสนเทศ** หมายถึง อุบัติการณ์/ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับ กระบวนการของงานเวชระเบียน เวชระเบียนผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลในฐานโปรแกรม ข้อมูลรายงานสถิติต่างๆ Software และ Hardware
- โปรแกรมด้านการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ** หมายถึง อุบัติการณ์/ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับ การส่งตรวจ การบันทึกเวชระเบียน การตรวจ การรายงานและบันทึกผล การตรวจชั้นสูตรและเอ็กซเรย์

8. โปรแกรมด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร หมายถึง อุบัติการณ์/ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่นการให้ข้อมูลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย และการคิดเงิน เก็บเงิน และการใช้สิทธิการรักษาของผู้ป่วย

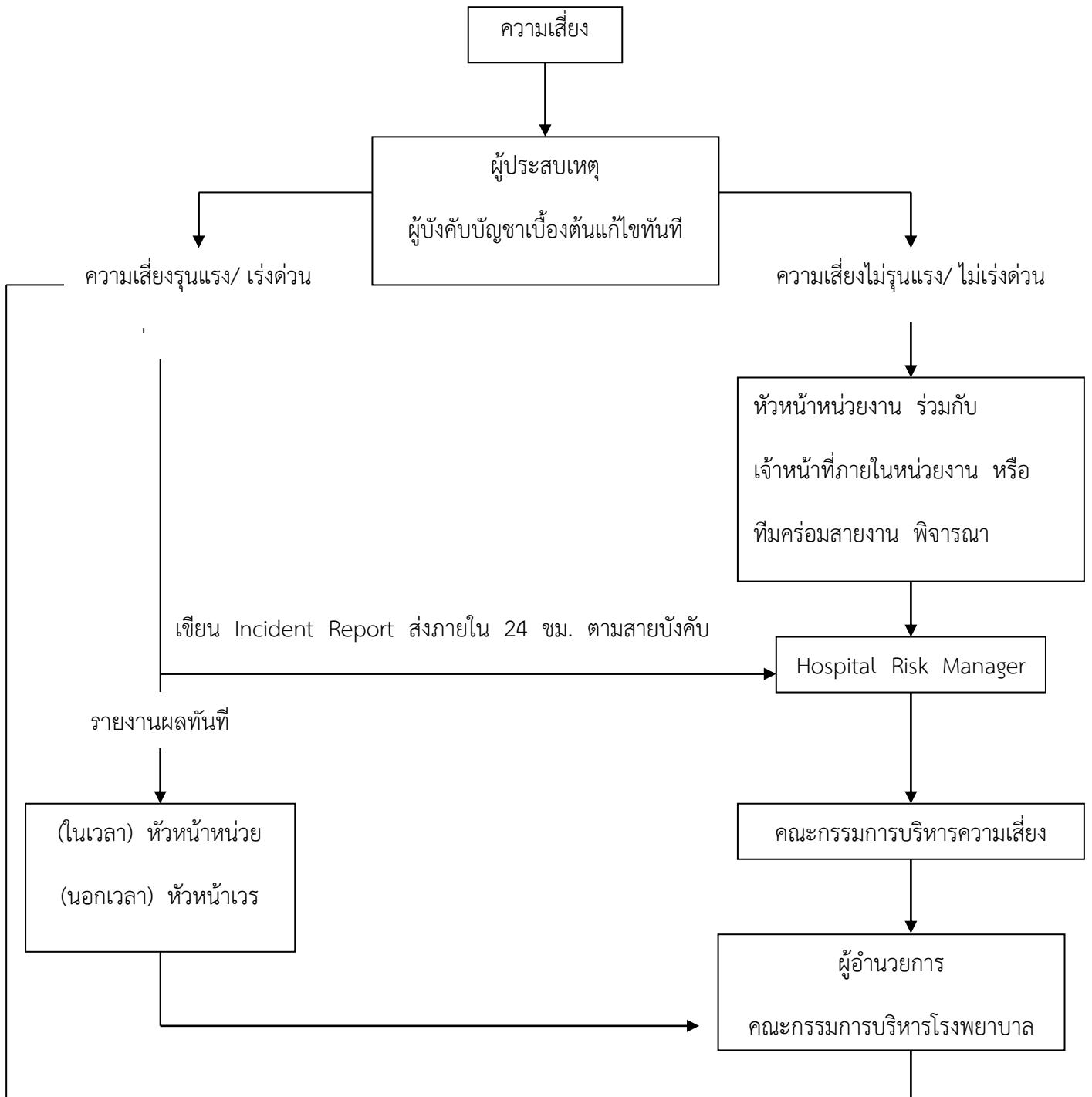
9. โปรแกรมด้านการประสานงาน หมายถึง อุบัติการณ์/ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับ การประสานงานและการสื่อสาร ระหว่างเจ้าหน้าที่ และเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการประสานงานกับองค์กรภายนอก

การประสานโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง

ลำดับ	โปรแกรม	ช่องทาง	รายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ
1	ด้านการดูแลผู้ป่วย	- กิจกรรมทบทวน - Medical Audit - พบเป็นเหตุการณ์ความเสี่ยง	อุบัติการณ์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย, การวินิจฉัยรักษา, ความปลอดภัยของผู้ป่วย, การติดต่อสื่อสาร/การรายงานแพทย์, การคลอด, ความเสี่ยงเฉพาะโรค, ภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด	- PCT - IM
2	ด้านการบริหารยา	- กิจกรรมทบทวน - ทบทวนเวชระเบียน - พบเป็นเหตุการณ์ความเสี่ยง	อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและสารน้ำ, ความคลาดเคลื่อนทางยา	- PTC
3	ด้านการควบคุมการติดเชื้อ	- IC ROUND - กิจกรรมทบทวน - พบเป็นเหตุการณ์ความเสี่ยง	อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เช่น ติดเชื้อที่สายสวนปัสสาวะ, ติดเชื้อที่บริเวณที่เปิด IV, เจ้าหน้าที่โดนเข็มทิ่มตำ/ของมีคม	- IC
4	ด้านโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อม/ด้านอาชีวอนามัย	- ENV ROUND - รายงานผลตรวจสุขภาพ - ประเมินความเสี่ยงบุคลากร - พบเป็นเหตุการณ์ความเสี่ยง	อัคคีภัย/वादภัย/อุทกภัย, ไฟฟ้าดับ/ไฟช็อต, น้ำไม่ไหล/น้ำไม่สะอาด/ไม่ผ่านมาตรฐาน, things ไม่ถูกที่/คัดแยกไม่ถูก/จัดเก็บไม่ถูกต้อง, พื้นลื่น/หลังคารั่ว/อาคารชำรุด, บาดเจ็บจากการทำงาน/อันตรายจากสารเคมี	- ENV
5	ด้านการจัดการเครื่องมือ	- ENV ROUND - กิจกรรมทบทวน - พบเป็นเหตุการณ์ความเสี่ยง	เครื่องมือที่จำเป็นไม่มี/ไม่พอใช้, เครื่องมือช่วยชีวิตไม่พร้อมใช้, จนท.ใช้เครื่องมือไม่ถูกวิธี/ไม่เป็น, ไม่ดูแลเครื่องมือ/เครื่องมือเสียหาย	- ทีมเครื่องมือ
6	ด้านเวชระเบียนและสารสนเทศ	- Medical Audit - กิจกรรมทบทวน - พบเป็นเหตุการณ์	เวชระเบียนสูญหาย/หาไม่พบ, เอกสารสำคัญของหน่วยงานหาย, การ บันทึกเวชระเบียนผิดคน,ออกเอกสารสำคัญให้ผู้ป่วยผิดพลาด เช่น	- IM - IT

		ความเสี่ยง	ใบเสร็จ/ใบรับรองแพทย์/ใบส่งตัว, การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน/ผิดพลาด, ส่งเอกสารล่าช้า/ไม่ตรงหน่วยงาน/ไม่ครบหน่วยงาน,ระบบฐานข้อมูลต่าง	
7	ด้านการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ	- กิจกรรมทบทวน - Medical Audit - พบเป็นเหตุการณ์ความเสี่ยง	อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการและห้อง x-ray	- PCT - IM
8	ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	- ข้อมูลศูนย์รับเรื่องร้องเรียน - พบเป็นเหตุการณ์ความเสี่ยง	การเปิดเผยข้อมูล/ความลับ, ไม่ให้ข้อมูล/ลงนามยินยอม, ทอดทิ้งผู้ป่วย/ปฏิเสธการรักษา, ผู้ป่วยหนี/ไม่สมัครใจอยู่, จนท.ใช้คำพูดไม่เหมาะสม/ตำผู้ป่วยและญาติ	- ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน
9	ด้านการประสานงาน	- พบเป็นเหตุการณ์ความเสี่ยง	การสื่อสาร/การส่งต่อข้อมูล/การประสานงาน	- ทุกหน่วยงาน

แผนภูมิการจัดการและรายงานความเสี่ยง



บุคลากรรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์
รายงานเข้าระบบ HRMS/ใบรายงานความเสี่ยง

ศูนย์คุณภาพ ตรวจสอบ เพื่อประเมิน
ระดับความรุนแรงซ้ำ

ระดับ A-B/1

- รวบรวมเพื่อลงทะเบียน แยกหน่วยงาน แยกประเภท ทุกสัปดาห์
- ส่งกลับให้หน่วยงานแก้ไข ทุก 1 เดือน
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงติดตามภายใน 2 เดือน
- รายงานคณะกรรมการบริหารทุกวันที 5-10 ของ

ระดับ C-D/2

- รวบรวมเพื่อลงทะเบียน แยกหน่วยงาน แยกประเภท ทุกสัปดาห์
- ส่งกลับให้หน่วยงานแก้ไขทุก 1 สัปดาห์
- ถ้าเป็นความเสี่ยงทางคลินิก พิจารณาแจ้งหน่วยงานก่อน
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงติดตามภายใน 2 เดือน

ระดับ E-F/3

- รายงานหัวหน้างานทันที
- รายงาน ผอ. ทราบ ภายใน 24 ชม.
- รวบรวมเพื่อลงทะเบียน ภายใน 48 ชม.
- หน่วยงาน/ระบบงานแก้ไข ภายใน 1 สัปดาห์
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงติดตามภายใน 1 เดือน

ระดับ G-H/4

- รายงานหัวหน้างานทันที
- รายงาน ผอ. ทราบทันที
- รวบรวมเพื่อลงทะเบียน ใน 24 ชม.
- หน่วยงาน/ระบบงานแก้ไข ทุก 1 สัปดาห์
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงติดตามภายใน 2 สัปดาห์
- รายงานคณะกรรมการ

ระดับ I/Sentinel event/5

- รายงานหัวหน้างานทันที
- รายงาน ผอ. ทราบทันที
- รวบรวมเพื่อลงทะเบียน/บันทึกรายงานอุบัติการณ์ทันที
- หน่วยงาน/ระบบงานแก้ไข ทุก 1 สัปดาห์
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงติดตามภายใน 2

ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป , 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็น ทำ RCA นำเสนอคณะกรรมการบริหารใน 1 เดือน

สรุปแนวทางแก้ไขของหน่วยงาน/ระบบงาน นำเสนอคณะกรรมการบริหาร ทุก 1 เดือน
พร้อมก็นำใบรายงานอุบัติการณ์คืนหน่วยงานเพื่อทำ Risk profile

หน่วยงานส่ง Risk profile ให้ศูนย์ทุกวันที 30 ของเดือน