

## ระบบบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลชลประทาน

### 1. นโยบาย

ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และของโรงพยาบาล ตลอดจนความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและสังคมรอบโรงพยาบาล เป็นประเด็นคุณภาพที่สำคัญยิ่งที่โรงพยาบาลควรส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนมีจิตสำนึก มีความตระหนัก และมีทัศนคติที่ดีในการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ ผลลัพธ์ที่ต้องการคือ การมีเป้าหมายร่วมในการส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ลดปัญหาอันไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ป่วย การใช้ยา หรือการทำหัตถการ รวมทั้ง การพัฒนาทรัพยากรบุคคลและการดูแลด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ลดความสูญเสีย รักษาชื่อเสียงของโรงพยาบาลและสร้างความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการ ชุมชนและสังคม ต่อโรงพยาบาลตลอดไป

โรงพยาบาลชลประทาน จึงได้กำหนดนโยบายในการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

1. บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยง เมื่อพบเห็นเหตุการณ์ ให้รายงานอุบัติการณ์ในใบรายงานอุบัติการณ์ตามระบบที่วางไว้ หรือรายงาน on line ผ่านระบบ HRMS on cloud โดยในช่วงปี 2561 ที่เริ่มต้นใช้งาน on line จะอนุโลมให้รายงานได้ทั้ง 2 วิธี แต่ในปี 2562 เป็นต้นไป จะใช้วิธีการรายงาน on line เพียงวิธีการเดียว โดยได้พัฒนาโปรแกรมรายงานความเสี่ยงที่ใช้ใน intranet เพื่อให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาล รวมถึงยังคงใช้ HRMS on cloud รายงานในส่วนของ 2P safety หลักการในการรายงานข้อมูลจะไม่มีการกล่าวโทษแก่ผู้รายงาน หรือหาจำเลยในการรับผิดชอบมุ่งเน้นเพื่อพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพเท่านั้น

2. ให้หัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วย เป็นผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน และจัดการให้มีการค้นหาความเสี่ยง จัดทำรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน ร่วมกันวิเคราะห์ และวางมาตรการในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น หัวหน้าหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายจะเป็นคนตรวจทานความเสี่ยง on line ในส่วนที่ตนรับผิดชอบและส่งข้อมูลเข้าระบบ cloud อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง รวมทั้งการจัดการความเสี่ยงที่ได้ทำไป

3. ให้มีการประสานข้อมูลระหว่างคณะกรรมการ/ทีมที่เกี่ยวข้อง กับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหาในแต่ละระบบงาน และกำหนดเป็นมาตรการหรือมาตรฐานเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ มีการแก้ไขปัญหาตามระดับความรุนแรง

4. ให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จัดระบบการจัดการความเสี่ยงที่ชัดเจน มีการวิเคราะห์และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ นำสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น เพื่อลดความสูญเสียหรือเสียหายที่อาจเกิดขึ้นในโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะทำหน้าที่จัดการปัญหาที่ไม่สามารถจัดการได้ด้วยระดับหน่วยงาน ตั้งแต่จัดให้มีการทบทวนสาเหตุรากและร่วมวางระบบป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ

5. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีหน้าที่รวบรวมความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และติดตามกำกับความเสี่ยงโดยใช้ risk register เพื่อดูแนวโน้มหลังการวางระบบป้องกัน รวมถึงประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

### 2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ทุกหน่วยงาน / ทุกทีม ปฏิบัติตามระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลในการป้องกันและลดโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงให้เหลือน้อยที่สุด

2. เพื่อสร้างหลักประกันให้ผู้ป่วย ผู้รับบริการ ผู้มาติดต่อ และเจ้าหน้าที่ จะได้รับบริการที่มีคุณภาพ และมีความเสี่ยงน้อยที่สุด
3. เพื่อลดความเสียหายทุกรูปแบบที่อาจเกิดขึ้น แก่ผู้รับบริการและโรงพยาบาล

### 3. เป้าหมายความปลอดภัย

1. บุคลากรมีวัฒนธรรมความปลอดภัย
2. มีกระบวนการในการบริหารความเสี่ยงอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ

#### 4. โปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล

ในระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลชลประทาน ครอบคลุมโปรแกรมความเสี่ยง 9 โปรแกรม ได้แก่

1. โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก  
มี 7 ประเด็น ได้แก่ อุบัติเหตุ การให้เลือด Lab X-ray การผ่าตัด/ดมยา/ทำหัตถการ และการรักษาพยาบาลผู้ป่วย / เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่นๆ / Specific Clinical Risk
2. โปรแกรมความคลาดเคลื่อนทางยา
3. โปรแกรมด้านสิทธิผู้ป่วย/จริยธรรมวิชาชีพ / ข้อร้องเรียน
4. โปรแกรมด้านข้อมูลและสารสนเทศ
5. โปรแกรมด้านบุคลากร
6. โปรแกรมด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์
7. โปรแกรมด้านโครงสร้างสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
8. โปรแกรมด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
9. โปรแกรมด้านการเงิน
10. โปรแกรมด้านวิจัย
11. โปรแกรมด้านการเรียน การสอน
12. โปรแกรมด้านศิลปะและวัฒนธรรม
10. โปรแกรมด้านวิจัย
11. โปรแกรมด้านการเรียนการสอน
12. โปรแกรมด้านศิลปะและวัฒนธรรม

สำหรับการรายงานความเสี่ยง HRMS on cloud ที่จะเริ่มใช้ จะแบ่งหมวดและประเภทของอุบัติการณ์ ความเสี่ยงตาม patient safety goal เป็น SIMPLE และจะแสดงบัญชีความเสี่ยงในลักษณะของ code โดยใช้ตัวอักษรภาษาอังกฤษ 3 ตัวตามด้วยตัวเลข 3 ตัว ไม่ได้แยกตามโปรแกรมเช่นเดียวกับใบรายงานอุบัติการณ์เดิม

#### 5. คณะกรรมการผู้รับผิดชอบ

เพื่อให้การรับรู้และจำกัดความเสี่ยง ลดโอกาส/ปริมาณของความสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้น และการป้องกันความเสี่ยงในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงสุด จึงกำหนดให้มีระบบบริหารความเสี่ยง การเฝ้าระวัง ความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยงอย่างเป็นขั้นตอน และได้แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ 2 คณะ เพื่อดำเนินงาน โดยมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

##### 5.1 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Committee : RMC)

เพื่อให้การบริหารความเสี่ยง มีความเชื่อมโยง มีการประสานการรับรู้และจัดการร่วมกับ คณะกรรมการที่นำด้านต่าง ๆ จึงกำหนดให้องค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย ผู้แทนจากคณะกรรมการที่มนำ และ ฝ่าย/ศูนย์/กลุ่มงาน ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1. คณะกรรมการสหวิชาชีพ ได้แก่ องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (PCT) เป็นผู้ประสานโปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก
2. คณะกรรมการพัฒนาระบบยา เป็นผู้ประสานโปรแกรมความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา
3. คณะกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม เป็นผู้ประสานโปรแกรมด้านสิทธิผู้ป่วย/จริยธรรมวิชาชีพ และข้อร้องเรียน รวมทั้งทำดำเนินการเจรจาไกล่เกลี่ยกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจส่งผลกระทบต่อองค์กร

4. คณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียน เป็นผู้ประสานโปรแกรมความเสี่ยงด้านข้อมูลและสารสนเทศ
5. คณะกรรมการบริหาร พัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดการความรู้ เป็นผู้ประสานโปรแกรมความเสี่ยงด้านบุคลากร
6. คณะกรรมการบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นผู้ประสานโปรแกรมด้านเครื่องมือและอุปกรณ์
7. คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย เป็นผู้ประสานโปรแกรมด้านโครงสร้างสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ซึ่งดูแลด้านการป้องกันอัคคีภัย การดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การกำจัดขยะ การบำบัดน้ำเสีย ระบบความปลอดภัย ไฟฟ้า
8. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นผู้ประสานโปรแกรมด้านการเฝ้าระวังโรค การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

โดยให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง มีบทบาทและหน้าที่ดังนี้

1. จัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยง มีการค้นหาความเสี่ยง การประเมินระดับความรุนแรง และจัดระดับความสำคัญ รวมทั้ง สื่อสารสร้างความตระหนัก ค้นหาสาเหตุ เพื่อการแก้ไขและป้องกัน
2. การจัดระบบรายงาน/จัดทำฐานข้อมูลของความเสี่ยง วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากระบบรายงาน และประสานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงเข้าด้วยกัน
3. ประเมินผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง บูรณาการการบริหารความเสี่ยงกับการควบคุมภายใน เสนอแนวทางป้องกันและกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์
4. ร่วมผลักดันการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน ให้สอดคล้องกับเป้าหมายและทิศทางของมหาวิทยาลัย

## 5.2 คณะอนุกรรมการเลขาความเสี่ยง (Risk Secretary)

เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ กำหนดให้มีคณะอนุกรรมการเลขาความเสี่ยง ซึ่งมีองค์ประกอบของทีมคือผู้ประสานงานของทีมนำด้านต่างๆและทีมนำดูแลผู้ป่วย โดยให้มีบทบาทและหน้าที่ดังนี้

1. รวบรวมรายงานอุบัติการณ์ ใบร้องเรียน รวบรวมอุบัติการณ์ในแต่ละเดือน ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ
2. ทำรายงานสรุปรายเดือน รวบรวมเป็นสถิติของโรงพยาบาล เสนอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
3. ประสานงานและให้ข้อมูลความเสี่ยงแก่หน่วยงาน/ ทีมนำและ PCT ต่างๆ
4. ติดตามผลการดำเนินการของทีมนำและ PCT ต่างๆ โดยเฉพาะการทบทวนหาสาเหตุ หากมีทีมใดไม่ RCA ในเวลาที่กำหนด สามารถส่งใบเสนอแนะโอกาสพัฒนา (ใบ CAR) เพื่อเตือนให้ดำเนินการต่อไป

## 6. แนวปฏิบัติในการดำเนินการ

### 6.1 การค้นหา/การรายงานความเสี่ยง

มีการค้นหา/เฝ้าระวังความเสี่ยง ดังนี้

#### ก. การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก

จากการเยี่ยมชมสำรวจ หรือการตรวจสอบระบบของทีมนำต่างๆ เช่น ENV Round IC Round Risk Round Quality Round เป็นต้น

จากการวิเคราะห์กระบวนการทำงาน การประเมินตนเอง การทำกิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรม / หัวหน้าพาทำคุณภาพ ของทุกหน่วยงาน

จากการทบทวนเวชระเบียน / การทบทวนทางคลินิก ของ ทีมนำในการดูแลผู้ป่วย (PCT) และหน่วยงานที่ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งสหวิชาชีพต่างๆ เช่นองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล เกสซ์กรรรม เป็นต้น ควรมีการทบทวนทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ เช่นการทำ trigger tools

คำร้องเรียนผ่านสื่อสารออนไลน์ หน่วยสื่อสารองค์กร งานเวชนิทัศน์ เป็นผู้ค้นหาและรวบรวมรายงานผ่านระบบ HOIR

#### ข. การค้นหาความเสี่ยงแบบตั้งรับ จากรายงานต่างๆ เช่น

##### 1). แบบรายงานเหตุการณ์ / อุบัติการณ์ออนไลน์ (Intranet)

##### 2). แบบรายงานเหตุการณ์/อุบัติเหตุ

ในกรณีที่เป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงต่ำ (ระดับความรุนแรง A – B) สามารถเขียนรายงานเหตุการณ์ ผ่านแบบฟอร์ม ใบรายงานเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ A B รวบรวมไว้ที่หน่วยงาน ทั้งนี้ให้หน่วยงานบันทึกข้อมูลเข้าแบบรายงานเหตุการณ์ / อุบัติการณ์ออนไลน์ (Intranet) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

##### 3). แบบบันทึกคำร้องเรียน/ความเห็นของผู้รับบริการ (FM-RM-002-00)

ผู้ป่วย หรือญาติสามารถตำหนิ ชมเชย แสดงความคิดเห็นหรือเสนอแนะเกี่ยวกับงานบริการของโรงพยาบาลได้ตามช่องทางต่าง ๆ ได้แก่

- บันทึกใส่กล่องแสดงความคิดเห็น ตามจุดต่าง ๆ ในโรงพยาบาล
- จดหมาย Fax โทรศัพท์ สื่อสารออนไลน์ หรือร้องเรียนโดยตรงกับเจ้าหน้าที่เช่นงานประชาสัมพันธ์ สำนักผู้อำนวยการ

การจัดเก็บแบบบันทึกคำร้องเรียน/ความคิดเห็น ศูนย์พัฒนาคุณภาพและงานประชาสัมพันธ์ ร่วมกันจัดเก็บตามจุดต่างๆ ในทุกวันจันทร์ของสัปดาห์

##### 4). รายงานเวรตรวจการพยาบาล บันทึกประจำวันของหน่วยงาน

เป็นการบันทึกการปฏิบัติงาน / บันทึกเหตุการณ์ ซึ่งปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำของหน่วยงาน โดยผู้ปฏิบัติอาจไม่เห็นความผิดปกติ แต่เมื่อเกิดเหตุการณ์อื่นที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาทบทวนร่วมได้

## 6.2 การประเมินความเสี่ยง

### การประเมินระดับความรุนแรงของเหตุการณ์

เพื่อให้สามารถบอกระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ได้กำหนดระดับความรุนแรงไว้ 9 ระดับ

ดังนี้

ระดับ	นิยาม	นิยามสั้นๆ เพื่อการจำ
A	ยังไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ (เป็นเหตุการณ์ near miss)	อาจจะเกิด
B	เกิดเหตุการณ์แล้ว แต่ไม่เป็นอันตราย เนื่องจากยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ / สิ่งแวดล้อม	เกิดไม่ถึง
C	เกิดเหตุการณ์แล้ว แต่ไม่เป็นอันตราย ถึงแม้เหตุการณ์นั้นถึงตัวผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ / สิ่งแวดล้อมแล้ว	เกิดไม่เป็น
D	เกิดเหตุการณ์ แต่ไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่ / สิ่งแวดล้อม ต้องการการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	ต้องระวัง
E	เกิดเหตุการณ์ มีอันตรายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่ / สิ่งแวดล้อม เพียงชั่วคราว ต้องการการรักษา/แก้ไขเพิ่มเติม ไม่กระทบวันนอน / เกิดผลเสีย หรือผลกระทบระดับหน่วยแต่แก้ไขได้ ต้องการการเฝ้าระวังต่อเนื่อง	ต้องรักษา
F	เกิดเหตุการณ์ มีอันตรายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่ / สิ่งแวดล้อม พิจารณาชั่วคราว กระทบต่อวันนอน ทำให้ต้องนอน รพ.นานขึ้น/ เกิดผลเสีย หรือผลกระทบระดับหน่วยงาน ต้องการการช่วยเหลือจากภายนอกหน่วยงาน / ทีมที่เกี่ยวข้อง	เยียวานาน
G	เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงพิจารณาถาวร / เกิดผลเสีย หรือผลกระทบทั้งระดับหน่วยงาน ระดับโรงพยาบาล เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องและเสียชื่อเสียง ต้องการการช่วยเหลือจากระดับบริหาร	ต้องพิจารณา
H	เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ต้องทำการช่วยชีวิต / เกิดผลเสีย หรือผลกระทบระดับโรงพยาบาล เกือบถูกฟ้องร้อง หรือสูญเสียทรัพย์สิน	ต้องการป้ม
I	เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงเสียชีวิต / เกิดผลเสีย หรือผลกระทบต่อสังคม ชุมชน เกิดการฟ้องร้อง เสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล	จำใจลา

### 6.3 การจัดทำบัญชีความเสี่ยง / การติดตาม / การประเมินความเสี่ยงเพื่อการจัดการ

เป็นการนำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มาตรวจสอบ โดยการวิเคราะห์คะแนนอันตราย/สัญญาณวิกฤติ และสรุปเป็นบัญชีความเสี่ยง ไว้ในหน่วยงาน เพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และใช้ในการทำแผนบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน

การประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Risk Matrix

ตารางความสัมพันธ์คะแนนอันตราย: สัญญาณวิกฤติ

		ความถี่				
		A B [1]	C D [2]	E F [3]	G H [4]	I [5]
ความรุนแรง	บ่อยมาก [5]	Significant	High	High	High	High
	บ่อย [4]	Significant	Significant	High	High	High
	ค่อนข้างบ่อย [3]	Moderate	Moderate	Significant	High	High
	ปานกลาง [2]	Low	Moderate	Moderate	Significant	High
	น้อย / ไม่เกิด [1]	Low	Low	Moderate	Moderate	Significant

#### ความถี่

- 5 = บ่อยมาก เกิดเกือบทุกวันหรือ > 5 ครั้ง/เดือน
- 4 = บ่อย เกิดเกือบทุกสัปดาห์หรือ 1 – 5 ครั้ง/เดือน
- 3 = ค่อนข้างบ่อย เกิดเกือบทุกเดือน หรือเกิด  $\geq 6$  ครั้ง / ปี
- 2 = ปานกลาง เกิดปีละไม่เกิน 5 ครั้ง
- 1 = น้อย เกิดปีละ 1 ครั้ง หรือไม่เกิด

#### ความรุนแรง

- 5 = ความรุนแรงระดับ I
- 4 = ความรุนแรงระดับ G H
- 3 = ความรุนแรงระดับ E F
- 2 = ความรุนแรงระดับ C D
- 1 = ความรุนแรงระดับ A B

#### การจัดการความเสี่ยงตามสัญญาณวิกฤติ (Risk Matrix)

ระดับความเสี่ยง	การจัดการ	การรายงาน
High Risk	RCA วางระบบป้องกันอย่างรัดกุม กำหนดใน Risk profile ของทีม/หน่วยงาน	ภายใน 1-2 สัปดาห์
Significant Risk	RCA วางระบบป้องกันการเกิดซ้ำ	ภายใน 1 เดือน
Moderate Risk	จัดทำมาตรการป้องกัน / แก้ไข	
Low Risk	เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	

สรุปรายงานอุบัติเหตุการณ ปี .....

หอผู้ป่วย / หน่วยงาน .....

โรค / ความเสี่ยง	ต.ค.		พ.ย.		ธ.ค.		ม.ค.		ก.พ.		มี.ค.		เม.ย.		พ.ค.		มิ.ย.		ก.ค.		ส.ค.		ก.ย.		รวม	
	จำนวน (F)	ระดับ (S)	จำนวน (F)	ระดับ (S)	จำนวน (F)	ระดับ (S)	จำนวน (F)	ระดับ (S)	จำนวน (F)	ระดับ (S)	จำนวน (F)	ระดับ (S)	จำนวน (F)	ระดับ (S)	จำนวน (F)	ระดับ (S)	จำนวน (F)	ระดับ (S)	จำนวน (F)	ระดับ (S)	จำนวน (F)	ระดับ (S)	จำนวน (F)	ระดับ (S)		



การจัดทำบัญชีความเสี่ยง

บัญชีความเสี่ยง (Risk Profile)

หน่วยงาน .....

รายการความเสี่ยง	จำนวนครั้ง	ความถี่					ความรุนแรง					คะแนนรวม	ระดับความเสี่ยง	Result of review (ผลการทบทวน)	แนวทางที่ปรับเปลี่ยน	
		บ่อยมาก (5)	บ่อย (4)	ค่อนข้างบ่อย (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	I (5)	G H (4)	E F (3)	C D (2)	A B (1)					

หมายเหตุระดับความเสี่ยงหลังการวิเคราะห์ตามสัญญาณวิกฤติ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ High Significant Moderate Low

## แผนการบริหารความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2563

ชื่อหน่วยงาน .....โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ลำดับ ที่(1)	กระ บว นการ (2)	วัตถุ ประสงค์ (3)	ความ เสี่ยง (4)	ด้านความ เสี่ยง (5)	โอกาสที่จะเกิด(6)					ความรุนแรง (7)					คะแนนรวม (8)	ระดับความเสี่ยง (9)	Result of review (ผลการทบทวน) (10)	แนวทางที่ ปรับเปลี่ยน (11)	ระยะเวลา ดำเนินงาน(12)	ผู้รับผิดชอบ (13)	
					บ่อยมาก [5]	บ่อย [4]	ค่อนข้างบ่อย [3]	ปานกลาง [2]	น้อย/ไม่เกิด [1]	I [5]	GH [4]	EF [3]	CD [2]	AB [1]							

ลงชื่อ

(.....)

หัวหน้าสาขาวิชา/หน่วยงาน/งาน .....

รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน (ปย.2/ปค.5)  
 สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ .....

หอผู้ป่วย / หน่วยงาน .....

กระบวนการ ปฏิบัติงาน/โครงการ/ กิจกรรม/ด้านของงาน ที่ประเมินและ วัตถุประสงค์ของการ ควบคุม	การควบคุมที่มีอยู่	การประเมินผลการ ควบคุม	ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	การปรับปรุงการ ควบคุม	กำหนดเสร็จ/ ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ

ชื่อผู้รายงาน.....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .... เดือน ..... พ.ศ. 2561

## 7. วิธีปฏิบัติเพื่อบริหารความเสี่ยง

### 7.1 การบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน/งาน

- 1) สื่อสารนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และมอบหมายผู้รับผิดชอบความเสี่ยงในหน่วยงาน
- 2) รายงาน/รวบรวมข้อมูลความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิด / ที่เกิดขึ้น ทุกเดือน
- 3) นำประเด็น/ข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้น มาพูดคุยในการประชุมของหน่วยงานทุกเดือน
- 4) จัดทำเป็นบัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) ของหน่วยงาน โดยนำข้อมูลความเสี่ยง มาวิเคราะห์และจัดระดับความรุนแรงเพื่อการจัดการ พิจารณาและวางมาตรการในการควบคุมป้องกันที่เหมาะสม
- 5) ประเมินการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานของ โดยติดตามเครื่องชี้วัดของหน่วยงาน ทุกเดือน เผื่อ ระวังความเสี่ยงใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น

### 7.2 การบริหารความเสี่ยงระดับทีม (คณะกรรมการ/ทีมนำต่างๆ)

- 1) นำข้อมูลที่ได้จากคณะกรรมการบริการความเสี่ยง รวมทั้งข้อมูลความเสี่ยงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มาเป็นประเด็นในการประชุมทุกครั้ง
- 2) วิเคราะห์/จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และหาสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหา ทบทวนและกำหนดมาตรการในการแก้ไข/ป้องกันการเกิดซ้ำ
- 3) จัดส่งรายงานการวิเคราะห์และมาตรการให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพ ตามแบบบันทึกสรุปการทำ RCA รวมทั้งติดตามการดำเนินงานตามมาตรการที่กำหนด ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/รับผิดชอบ หากการทำ RCA ไม่เป็นไปตามกำหนดเวลา คณะอนุกรรมการเลขาธิการความเสี่ยง จะส่งใบเสนอแนะโอกาสพัฒนา (ใบ CAR) เพื่อเตือนให้ดำเนินการต่อไป
- 4) ศึกษาแนวโน้มของปัญหา/ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อกำหนดเป็นมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงของทีมต่อไป
- 5) ศึกษาแนวทาง หรือมาตรการในการแก้ไข/ป้องกัน ของทีมอื่นๆ เพื่อนำมาปรับใช้ในทีม

### 7.3 การบริหารความเสี่ยงระดับ โรงพยาบาล

1. จัดทำ แบบรายงานเหตุการณ์/อุบัติการณ์ (ใบ HOIR) แบบบันทึกคำร้องเรียน / ความเห็นของผู้ป่วย (ใบ COR) แจกจ่ายให้ทุกหน่วยงาน เพื่อบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือข้อร้องเรียน ส่งศูนย์พัฒนาคุณภาพ
2. คณะอนุกรรมการเลขาธิการความเสี่ยง นำแบบรายงานเหตุการณ์/อุบัติการณ์ ใบ CAR และรายงานความเสี่ยงอื่น ๆ รวบรวมเป็นสถิติ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอต่อ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
3. กรณีเป็นความเสียหายที่รุนแรง และมีโอกาสถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ใน 4 ประเด็น ได้แก่
  - กรณีร้องเรียนเกี่ยวกับประเด็นการตาย
  - กรณีร้องเรียนเกี่ยวกับประเด็นการบาดเจ็บสาหัสจากการรักษา
  - กรณีร้องเรียนเกี่ยวกับประเด็นเรียกค่าเสียหายจากการรักษาพยาบาล
  - กรณีร้องเรียนผ่านสื่อต่าง ๆ เป็นการเสื่อมเสียชื่อเสียงโรงพยาบาล

ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และ/หรือผู้ได้รับมอบหมาย ควรแจ้งให้ทีมใกล้เคียง (คณะกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม) ทราบโดยด่วน เพื่อพิจารณาและบริหารคำเรียกร้อง ก่อนที่จะเกิดการฟ้องร้องจริง และบริหารการเงินเพื่อชดเชย ความสูญเสีย และสรุปข้อมูล ส่งให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพ ประสานหน่วยงานเพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาต่อไป

4. กรณีเหตุการณ์ที่มีระดับความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป กำหนดให้ทีมที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการ วิเคราะห์หาสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหา (Root Cause Analysis) ทบทวนและกำหนดมาตรการในการแก้ไข และป้องกันการเกิดซ้ำ

5. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ควรวิเคราะห์ ศึกษา และประเมินผลการดำเนินการบริหาร ความเสี่ยงต่างๆ ในประเด็น

5.1 สาเหตุ / ปัจจัยร่วม ที่ทำให้เกิดความเสียหาย

5.2 ระดับความรุนแรงของผลลัพธ์ และ ผลกระทบ

5.3 ประสิทธิภาพ ความเหมาะสมของกลยุทธ์ที่ใช้ป้องกันและการจัดการ และ พิจารณาเชิญ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องประชุม กรณีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นๆติดต่อกันใน 3 เดือน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบ

6. นำผลสรุปแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ และนำเสนอในคณะกรรมการบริหาร ทุก 3 เดือน

#### 7.4 การจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ

##### การรับรู้ข้อร้องเรียน

1. ผ่านแบบบันทึกคำร้องเรียน/ความเห็นของผู้ป่วย (ผป.เขียนเอง ตามแบบฟอร์ม )
2. การร้องเรียนด้วยวาจา ที่มาด้วยตนเอง / โทรศัพท์ (จนท.บันทึกให้)
3. ผ่านแบบรายงานเหตุการณ์ (HOIR) เมื่อบุคลากรพบเหตุการณ์เอง
4. การร้องเรียนผ่าน สปสช
5. สื่อสารออนไลน์
6. การสำรวจความพึงพอใจ

ในประเด็นที่ 4 เมื่อหน่วยงานสิทธิประโยชน์ ได้รับข้อมูลข้อร้องเรียนผ่าน สปสช จะส่งต่อข้อมูล ให้ศูนย์ พัฒนาคุณภาพ เช่นเดียวกับ ข้อ 1 , 2 , 3 ซึ่งเมื่อบันทึกผ่านแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้องแล้ว จะเข้าสู่ระบบบริหาร ความเสี่ยงของ รพ.เพื่อส่งต่อทีมนำที่เกี่ยวข้อง ในการตอบสนองต่อไป

ส่วนการสำรวจความพึงพอใจ โรงพยาบาลได้กำหนดให้มีการสำรวจปีละ 2 ครั้ง เมื่อได้ผลสรุป จะแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องตอบสนองต่อไป

##### การจัดการข้อร้องเรียน/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

หลังการรับรู้เหตุการณ์ ผู้เกี่ยวข้องเป็นผู้ประเมินระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ หากเป็นระดับ E ขึ้นไป หรือมีแนวโน้มที่ผู้รับบริการจะมีการร้องเรียน แจ้งงานบริหารความเสี่ยง เพื่อแจ้งทีมเจรจาไกล่เกลี่ยซึ่งทีมจะทบทวน เหตุการณ์และขอข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติม ก่อนการพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้รับบริการเมื่อจำเป็น

## 8. 2P Safety Goals : SIMPLE

### Patient Safety ผู้ป่วยปลอดภัย

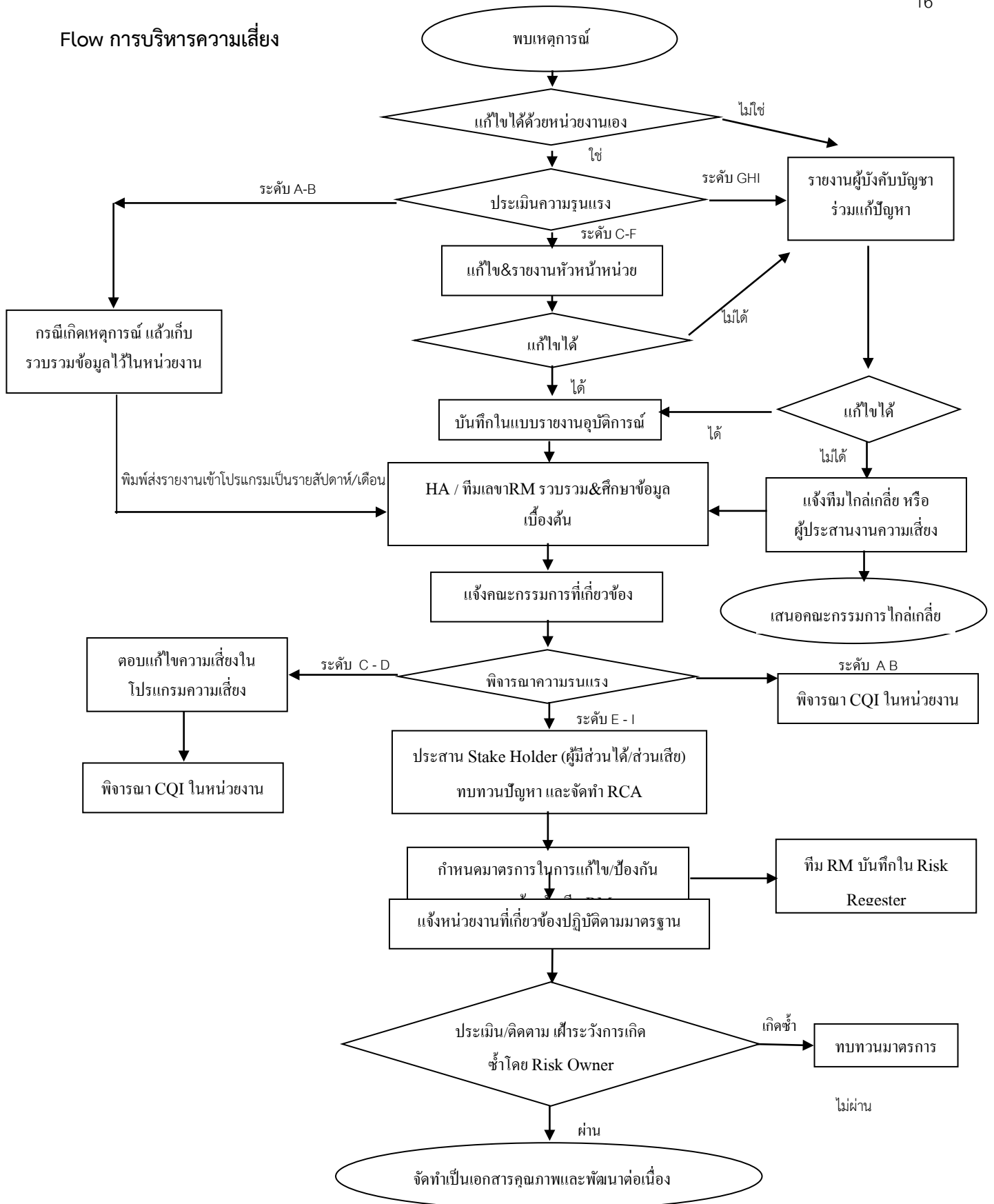
- S : Safe Surgery** = Safe Surgery and Invasive Procedure (Surgical Safety Checklist, SSI Prevention, Enhanced Recovery After Surgery, VTE Prevention) Safe Anesthesia, ***Safe Operating Room (Safe Environment, Safe Surgical Instrument and Device, Safe Surgical Care Process)***
- I : Infection Prevention and Control** = ***Hand Hygiene***, Prevention of Healthcare Associated Infection (CAUTI, VAP, CLABSI) Isolate Precaution, MDRO
- M: Medication & Blood Safety** = Safe from ADE (HAD, ADR, Fetal Drug Interaction) Safe from medication error (LASA, Using Medication), ***Medication Reconciliation, Rational Drug Use (RDU)***, Blood Transfusion Safety
- P : Patient Care Processes** = Patients Identification, Communication (ISBAR, handovers, critical test results, verbal order, abbreviation), Reduction of Diagnostic Errors, Preventing common complications (Pressure Ulcers, Falls), Pain Management (General, Acute Pain, Prescribing Opioids, Cancer Pain and Palliative Care), ***Refer and Transfer Safety***
- L : Line, Tube and Catheter & Laboratory** = ***Catheter, Tubing Mis-connections and Infusion Pump***, Right and Accurate Laboratory Results
- E : Emergency Response** = Response to the Deteriorating Patient, Medical Emergency (Sepsis, Acute Coronary Syndrome, Acute Ischemic Stroke, CPR), Maternal & Neonatal Morbidity (PPH, Birth Asphyxia), ***ER Safety (Triage, Diagnosis and Initial Management of Highrisk Presentation, Teamwork and Communication, Patient Flow, Hospital Preparedness for Emergencies)***

### Personnel Safety บุคลากรปลอดภัย

- S : Security and Privacy of Information and Social Media** = ***Security and Privacy of Information, Social Media and Communication Professionalism***
- I : Infection and Exposure** = ***Fundamental of Infection Control and Prevent for Workforce, Specific Infection Control and Prevent for Workforce (Airborne, Droplet, Contact)***
- M: Mental Health and Mediation** = Mental Health (Mindfulness at Work, Second Victim, Burnout and Mental Health Disorder), ***Mediation***
- P : Process of Work** = Fundamental Guideline for Prevention of Work-Related Disorder, Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder (Physical, Chemical, Radiation, Biomechanical Hazard), ***Fitness for Work or Duty Health Assessment (Pre-placement and Return to Work Health Examination, Medical Surveillance Program)***
- L : Lane (Ambulance) and Legal Issues** = Ambulance and Referral Safety (In-Transit Ambulance Safety, On-Site Safety, Ambulance Driving Safety), ***Legal Issues (Informed Consent, Medical Record and Documentation)***
- E : Environment and Working Conditions** = ***Safe Physical Environment***, Working Condition, Workplace Violence

# ภาคผนวก

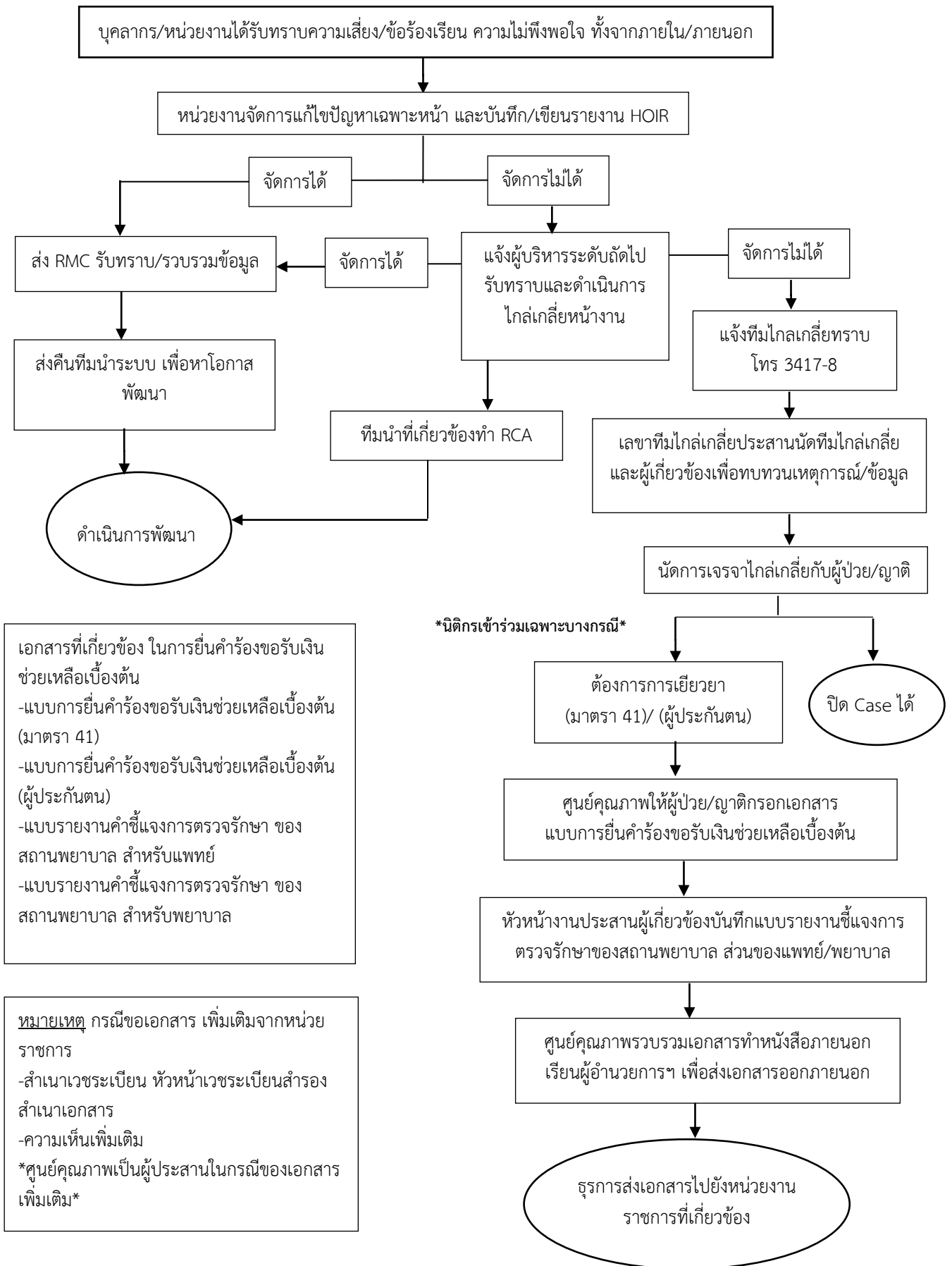
Flow การบริหารความเสี่ยง



**\*\*หมายเหตุ:** การรายงานนอกเวลาราชการ ให้รายงานพยาบาลตรวจการ / แพทย์เวร ER / แพทย์เวรใน ถ้าเป็นเรื่องรุนแรงให้รายงานประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล



### ขั้นตอนการดำเนินการจัดการข้อร้องเรียน



เอกสารที่เกี่ยวข้อง ในการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

- แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (มาตรา 41)
- แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (ผู้ประกันตน)
- แบบรายงานคำชี้แจงการตรวจรักษา ของสถานพยาบาล สำหรับแพทย์
- แบบรายงานคำชี้แจงการตรวจรักษา ของสถานพยาบาล สำหรับพยาบาล

หมายเหตุ กรณีขอเอกสาร เพิ่มเติมจากหน่วยราชการ

- สำเนาเวชระเบียน หัวหน้าเวชระเบียนสำรองสำเนาเอกสาร
- ความเห็นเพิ่มเติม
- \*ศูนย์คุณภาพเป็นผู้ประสานในกรณีของเอกสารเพิ่มเติม\*

แหล่งที่มาการรายงาน <input type="checkbox"/> นิเทศงาน <input type="checkbox"/> การดูแลผู้ป่วย/ปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> เวชระเบียน <input type="checkbox"/> ทบทวน case/Trigger <input type="checkbox"/> รับส่งเวร <input type="checkbox"/> การลงเยี่ยมหน้างาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....	ชื่อ-สกุลผู้ป่วย/ผู้ประสบปัญหา ..... อายุ.....ปี เพศ..... AN..... HN.....	หน่วยงานที่รายงาน..... หน่วยงานที่เกิดเหตุความเสี่ยง..... วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... วันที่เขียนรายงาน.....
---	---	---

เหตุการณ์ (ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  เพื่ออธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

**① โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก**

<b>1.1 อุบัติเหตุ</b> 1.1.1 <input type="checkbox"/> Fall      1.1.4 <input type="checkbox"/> ท่อช่วยหายใจ เลื่อน / หลุด 1.1.2 <input type="checkbox"/> ขณะเคลื่อนย้าย    1.1.5 <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... 1.1.3 <input type="checkbox"/> สายสวนต่างๆเลื่อน / หลุด	<b>1.6 การรักษาพยาบาลผู้ป่วย</b> 1.6.1 <input type="checkbox"/> คัดกรองผิดคน <input type="checkbox"/> ส่งผู้ป่วยผิดแผนก <input type="checkbox"/> ส่งผู้ป่วยผิดคน 1.6.2 <input type="checkbox"/> นัดผิดคน <input type="checkbox"/> นัดผิดแผนก <input type="checkbox"/> นัดผิดแพทย์ <input type="checkbox"/> นัดผิดวัน / เวลา 1.6.3 <input type="checkbox"/> เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ระหว่างรอดตรวจ (ระบุ)..... 1.6.4 <input type="checkbox"/> การ Admit ล่าช้า      1.6.5 <input type="checkbox"/> Re-visit (ระบุ)..... 1.6.6 <input type="checkbox"/> Unplanned Intubation    1.6.7 <input type="checkbox"/> Re-intubation 1.6.8 <input type="checkbox"/> Delayed Diagnosis      1.6.9 <input type="checkbox"/> Delayed Treatment 1.6.10 <input type="checkbox"/> Unplanned CPR      1.6.11 <input type="checkbox"/> ย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน 1.6.12 <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยกลับเข้ารับภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (Re-admission) 1.6.13 <input type="checkbox"/> เกิดภาวะแทรกซ้อน (ระบุ)..... 1.6.14 Refer <input type="checkbox"/> การดูแลระหว่าง Refer <input type="checkbox"/> Delayed Refer <input type="checkbox"/> Refer ไม่ได้ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) ..... 1.6.15 <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....
<b>1.2 การให้เลือด</b> 1.2.1 <input type="checkbox"/> ผิดหมู่      1.2.4 <input type="checkbox"/> เกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด 1.2.2 <input type="checkbox"/> ผิดคน      1.2.5 <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... 1.2.3 <input type="checkbox"/> ลืมให้	
<b>1.3 Lab</b> 1.3.1 <input type="checkbox"/> ผิดคน    1.3.2 <input type="checkbox"/> เก็บ ไม่ถูกต้อง    1.3.3 <input type="checkbox"/> ผิดตำแหน่ง 1.3.4 <input type="checkbox"/> ส่ง Specimens ไม่ครบ / หาย 1.3.5 <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	
<b>1.4 X-ray</b> 1.4.1 <input type="checkbox"/> ผิดคน      1.4.2 <input type="checkbox"/> ผิดตำแหน่ง 1.4.3 <input type="checkbox"/> ใส่ Film ผิดช่อง    1.4.4 <input type="checkbox"/> X-ray ซ้ำ 1.4.5 <input type="checkbox"/> X-ray ล่าช้า      1.4.6 <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	

**② ความคลาดเคลื่อนทางยา      ผิดอย่างไร**

ชนิด / ประเภท	สั่งยา (prescribe)	คัดลอกยาผิด (transcribe)	จ่ายยา (dispense)	การบริหารยา (admin)
2.1 ผิดคน				
2.2 ผิดชนิด				
2.3 ผิดขนาด				
2.4 ผิดความแรง				
2.5 ผิดรูปแบบ				
2.6 ผิดวิธี				
2.7 ผิดเวลา				
2.8 ผิดตำแหน่ง				
2.9 ผิดอัตราเร็ว				
2.10 แพทย์สั่ง/มีประวัติแพ้ยา				
2.11 ยาหมดอายุ				
2.12 ไม่ได้ให้ยา				
2.13 ให้ยาที่ Off				
2.14 อื่นๆ.....				

**③ โปรแกรมด้านเครื่องมือ / อุปกรณ์ (ทางการแพทย์)**

6.1  เครื่องมือแพทย์ (ระบุชนิด.....)  
 ยี่ห้อ.....หมายเลขเครื่อง.....)

6.2  เครื่องมืออื่นๆ (ระบุชนิด.....)  
 ยี่ห้อ.....หมายเลขเครื่อง.....)

ความเสี่ยงที่พบ  ไม่เพียงพอ       ไม่พร้อมใช้  
 ไม่ปลอดภัย       ขาดความรู้ / ทักษะ

**④ โปรแกรมด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ.**

8.1  การจัด Zoning (การจัดพื้นที่) และเส้นทางเดิน  
 8.2  Hand Hygiene    8.4  คัดแยกผ้าเปื้อน ไม่ถูกต้อง  
 8.3  ทิ้งขยะผิดประเภท    8.5  อื่นๆ(ระบุ).....

<p><b>③ โปรแกรมด้านสิทธิ (ผู้ป่วย / บุคลากร) / จริยธรรมวิชาชีพ / ข้อร้องเรียน / การให้ข้อมูล</b></p> <p>3.1 <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการทำหัตถการ / การรักษา</p> <p>3.2 <input type="checkbox"/> ไม่สมัครใจรักษา / หนีกลับ ระบุสาเหตุ.....</p> <p>3.3 <input type="checkbox"/> พฤติกรรมบริการ 3.4 <input type="checkbox"/> ละเมิดสิทธิผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ละเมิดสิทธิบุคลากร</p> <p>3.5 <input type="checkbox"/> ข้อร้องเรียน <input type="checkbox"/> ระบบบริการ <input type="checkbox"/> สิ่งแวดล้อม (ระบุ).....</p> <p>3.6 <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p>	<p><b>④ โปรแกรมด้านข้อมูลและสารสนเทศ</b></p> <p>4.1 <input type="checkbox"/> เวชระเบียน ไม่ถูกต้อง 4.2 <input type="checkbox"/> เวชระเบียนหาย</p> <p>4.3 <input type="checkbox"/> ไม่ได้บันทึกเวชระเบียน / บันทึก ไม่ครบถ้วน</p> <p>4.4 ระบบ IT  <input type="checkbox"/> เครื่องมือ อุปกรณ์ (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> ระบบบริการ IT  <input type="checkbox"/> โปรแกรม (OPD, IPD, การเงิน, อื่นๆ.....)</p> <p>4.5 <input type="checkbox"/> ผิดคน 4.6 <input type="checkbox"/> เวชระเบียนล่าช้า 4.7 <input type="checkbox"/> ตรวจสอบสิทธิการรักษาผิด</p> <p>4.8 <input type="checkbox"/> ใช้สื่อ on line ไม่เหมาะสม 4.9 <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p>
---	--

**⑤ โปรแกรมด้านบุคลากร / การสื่อสาร**

5.1  ขาดเวร / ขาดงาน 5.2  ลากะทันหัน

5.3  ละทิ้งหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน

5.4  บุคลากรเจ็บป่วยจากการทำงาน  
 บาดเจ็บ  ติดเชื้อ  รถ Refer

5.5.1  การสื่อสารบกพร่องระหว่างบุคลากร

5.5.2  การสื่อสารบกพร่องระหว่างหน่วยงาน  
 ข้อมูล ไม่ชัดเจน  ไม่ครบถ้วน  
 เข้าใจ ไม่ตรงกัน  อื่นๆ.....

5.6  บุคลากรได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจในการทำงาน

5.7  อื่นๆ (ระบุ) .....

**⑦ โปรแกรมด้านโครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย**

7.1  ประปา 7.2  ไฟฟ้า 7.3  โทรศัพท์ 7.4  จราจร

7.5  อากาศภายใน 7.6  อาคารสถานที่ 7.7  ถนน

7.8  อื่นๆ (ระบุ).....

ความเสี่ยงที่พบ  ไม่เพียงพอ  ไม่พร้อมใช้  ไม่ปลอดภัย

**⑨ โปรแกรมด้านการเงิน**

9.1  ข้อมูล ไม่ครบถ้วน ไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้

9.2  ส่งเวชระเบียนล่าช้า ถูกตัดเงิน

9.3  ไม่มียา / เครื่องมือ / อุปกรณ์ เนื่องจากบริษัทงดส่งของ

9.4  อื่นๆ (ระบุ).....

**①⑩ โปรแกรมด้านวิจัย**

10.1  ความรู้ (ระบุ).....

10.2  สิ่งสนับสนุน (ระบุ).....

10.3  จริยธรรม (ระบุ).....

10.4  อื่นๆ (ระบุ).....

**①① โปรแกรมด้านการเรียน การสอน**

11.1  อุปกรณ์ (ระบุ).....

11.2  ห้องเรียน (ระบุ).....

11.3  อาจารย์ (ระบุ).....

11.4  ห้องสมุด (ระบุ).....

11.5  นิสิต/นักศึกษา (ระบุ).....

**①② โปรแกรมด้านศิลปะและวัฒนธรรม**

12.1  ใช้อาวุธไม่สุภาพ / ไม่เหมาะสม

12.2  การแต่งกาย (ระบุ).....

12.3  อื่นๆ (ระบุ).....

**บรรยาย / สรุปเหตุการณ์และการจัดการเบื้องต้น** (กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจงเพื่อความชัดเจนในการส่งต่อข้อมูล)

.....

.....

.....

.....

.....

**สาเหตุ(เบื้องต้นของเหตุการณ์ครั้งนี้)**

ผู้ป่วย (ระบุ).....  ระบบงานเดิม (ระบุ).....  บุคลากร (ระบุ).....

สิ่งแวดล้อม (ระบุ).....  เครื่องมือ/อุปกรณ์ (ระบุ).....  การสื่อสาร(ระบุ).....

อื่นๆ (ระบุ).....

**แนวทางแก้ไขเบื้องต้น**

.....

.....

**หัวหน้าหน่วยงาน : ส่งผู้เกี่ยวข้อง**

PCT.....

MSO  NSO  เกสซ์กร

ทีมนำ.....

ทีมนำ.....

อื่นๆ.....

**ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น**

.....

**ผู้เห็นเหตุการณ์ประเมิน**  ระดับ A  ระดับ B  ระดับ C  ระดับ D  ระดับ E  ระดับ F  ระดับ G  ระดับ H  ระดับ I

**กรรมการความเสี่ยงประเมิน**  ระดับ A  ระดับ B  ระดับ C  ระดับ D  ระดับ E  ระดับ F  ระดับ G  ระดับ H  ระดับ I  ระดับ P

รายงานเหตุการณ์ / อุบัติการณ์ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน  
(Hospital Occurrence / Incident Report)

เลขที่รับ.....  
วันที่รับ.....  
เวลา.....

FM-RM-001-03

แหล่งที่มาการรายงาน <input type="checkbox"/> นิเทศงาน <input type="checkbox"/> การดูแลผู้ป่วย/ปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> เวชระเบียน <input type="checkbox"/> ทบทวน case/Trigger <input type="checkbox"/> รับส่งเวร <input type="checkbox"/> การลงเยี่ยมหน้างาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....	ชื่อ-สกุลผู้ป่วย/ผู้ประสบปัญหา ..... อายุ.....ปี เพศ..... AN..... HN.....	หน่วยงานที่รายงาน..... หน่วยงานที่เกิดเหตุ..... วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... วันที่เขียนรายงาน.....
---	---	---

เหตุการณ์ (ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  เพื่ออธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

① โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก

1.7 Specific Clinical Risk

- PCT Ped

กลุ่มโรคสำคัญ

1. Pneumonia

2. Preterm

Specific Clinical Risk

- Aspiration ที่ ward
- Atelectasis ที่เกิดใหม่ขณะ On ETT
- อื่นๆ (ระบุ).....
- ROP
- IVH
- อื่นๆ (ระบุ).....

- PCT ENT

กลุ่มโรคสำคัญ

1. Upper airway obstruction

- Specific Clinical Risk
- Tracheostomy tube dislodgement
  - Sudden upper airway obstruction
  - อื่นๆ (ระบุ).....

- PCT Med

กลุ่มโรคสำคัญ

1. Sepsis

- Specific Clinical Risk
- เสียชีวิตจาก Sepsis
  - อื่นๆ (ระบุ).....

- PCT จิตเวช

กลุ่มโรคสำคัญ

1. Schizophrenia

2. โรคซึมเศร้า

3. LD

- Specific Clinical Risk
- Admit เนื่องจาก อาการกำเริบ, EPS, MMS, Febrile Neutropenia
  - Aspirate หลัง Sedate ผู้ป่วย เกิดแผลจากการผูกยึด Brachial Plexus Injury
  - หลบหนี
  - Violence
  - อื่นๆ (ระบุ).....
  - ฆ่าตัวตายขณะ Admit
  - ฆ่าตัวตายในชุมชน
  - อื่นๆ (ระบุ).....
  - เด็ก LD ถูกไล่ออกจากโรงเรียน
  - มีพฤติกรรม Violence ที่โรงเรียน
  - อื่นๆ (ระบุ).....

- PCT สูติ

กลุ่มโรคสำคัญ

1. Postpartum hemorrhage

Specific Clinical Risk

- การตกเลือดหลังคลอดในมารดา คลอดทางช่องคลอด
- การเกิด Hypovolemic shock ในมารดาตกเลือดหลังคลอด
- อื่นๆ (ระบุ).....

- PCT EYE

กลุ่มโรคสำคัญ

1. โรคต้อกระจก

Specific Clinical Risk

- ภาวะติดเชื้อในตาหลังผ่าตัดต้อกระจก Endophthalmitis
- อื่นๆ (ระบุ).....

- PCT Surg

กลุ่มโรคสำคัญ

1. โรค Gall stone, Cholecystitis  
ทำผ่าตัด MIS Laparoscopic

2. Vascular Surgery ทำผ่าตัด  
เส้นเลือด Acute limb ischemia

3. TBI

Specific Clinical Risk

- การทำผ่าตัดจาก LC เปลี่ยนเป็น OC
- CBD Injury  Bleeding
- Closed operation Intra op Internal
- Other organ Injury
- อื่นๆ (ระบุ).....
- การเกิด Compartment Syndrome (CPS)(Acute limb ischemia)
- อื่นๆ (ระบุ).....
- Re-bleeding  IICP
- Re-operation
- อื่นๆ (ระบุ).....

- PCT Ortho

กลุ่มโรคสำคัญ

1. OA Knee (Total Knee  
Arthroplasty)

2. Closed Fracture Neck  
Femur ผ่าตัดเปลี่ยนข้อ

สะโพก (Hip Arthroplasty)

Specific Clinical Risk

- การติดเชื้อแผลผ่าตัด TKA (SSI)
- การเกิด DVT
- อื่นๆ (ระบุ).....
- การเกิด Hip dislocation
- อื่นๆ (ระบุ).....

ปรับ มกราคม 2562

<b>บรรยาย / สรุปเหตุการณ์และจัดการเบื้องต้น</b> (กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจงเพื่อความชัดเจนในการส่งต่อข้อมูล)	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>สาเหตุ</b> (เบื้องต้นของเหตุการณ์ครั้งนี้)	
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วย (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> ระบบงานเดิม (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> บุคลากร (ระบุ).....	
<input type="checkbox"/> สิ่งแวดล้อม (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> เครื่องมือ/อุปกรณ์ (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> การสื่อสาร(ระบุ).....	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	
<b>แนวทางแก้ไข/ป้องกัน</b>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น</b>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

<b>หัวหน้าหน่วยงาน : ส่งผู้เกี่ยวข้อง</b> <input type="checkbox"/> PCT..... <input type="checkbox"/> MSO <input type="checkbox"/> NSO <input type="checkbox"/> เกสซ์กร <input type="checkbox"/> ทีมนำ..... <input type="checkbox"/> ทีมนำ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
---

<b>ผู้เห็นเหตุการณ์ประเมิน</b> <input type="checkbox"/> ระดับ A <input type="checkbox"/> ระดับ B <input type="checkbox"/> ระดับ C <input type="checkbox"/> ระดับ D <input type="checkbox"/> ระดับ E <input type="checkbox"/> ระดับ F <input type="checkbox"/> ระดับ G <input type="checkbox"/> ระดับ H <input type="checkbox"/> ระดับ I
<b>กรรมการความเสี่ยประเมิน</b> <input type="checkbox"/> ระดับ A <input type="checkbox"/> ระดับ B <input type="checkbox"/> ระดับ C <input type="checkbox"/> ระดับ D <input type="checkbox"/> ระดับ E <input type="checkbox"/> ระดับ F <input type="checkbox"/> ระดับ G <input type="checkbox"/> ระดับ H <input type="checkbox"/> ระดับ I

## แบบบันทึกคำร้องเรียน / ความเห็นของผู้ป่วย

\*\*\*\*\*

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ต้องการ  ร้องเรียน  แสดงความคิดเห็น  ชมเชยการปฏิบัติงาน

## 1. รายละเอียดผู้ร้องเรียน / ผู้แสดงความคิดเห็น

ชื่อ-สกุล .....สถานะ  ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ ญาติ  ผู้พบเห็นเหตุการณ์  
ที่อยู่.....

โทรศัพท์ บ้าน..... ที่ทำงาน ..... มือถือ.....

กรณีเจ้าหน้าที่ช่วยบันทึก วิธีการร้องเรียน จดหมาย โทรศัพท์ โทรสาร แจ้งด้วยวาจา อื่นๆ....

## 2. สิทธิการรักษา

 บัตรทอง  ประกันสังคม  ต้นสังกัด/รัฐวิสาหกิจ  ชำระเงินเอง  อื่นๆ.....

## 3. หน่วยงานที่ร้องเรียน

 ผู้ป่วยนอก ห้องตรวจ .....  ผู้ป่วยใน ตึก.....  อื่นๆ (ระบุ).....

## 4. เรื่องที่ร้องเรียน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 5. เรื่องแสดงความคิดเห็น / ชมเชย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

เฉพาะงาน RM : ส่งผู้เกี่ยวข้อง <input type="checkbox"/> PCT..... <input type="checkbox"/> MSO <input type="checkbox"/> NSO <input type="checkbox"/> เกสซ์กร <input type="checkbox"/> ทีมนำ..... <input type="checkbox"/> ทีมนำ.....
---

สำหรับเจ้าหน้าที่

การดำเนินการ .....

เลขที่รับคืน ....., วันที่ .....,
--------------------------------------

## แบบฟอร์มแสดงการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง ( RCA )

ทีมนำ/คณะกรรมการ/หน่วยงาน ..... HOIR No: ..... ระดับความรุนแรง ....  
 วันที่เกิดเหตุการณ์ ..... วันที่ทบทวน .....  
 ประเด็น .....

สมาชิกผู้ร่วมทบทวน ประกอบด้วย

1. ....
2. ....
3. ....

### ขั้นตอนการทบทวน/วิเคราะห์

1. สรุปเหตุการณ์สำคัญ (When, What, Where, How)

2. สรุปประเด็นสำคัญ (What ?)

3. คำถามที่ใช้กระตุ้นทีมในการวิเคราะห์หา RCA

no	ปัจจัย		
1	ผู้ป่วย	( ) เกี่ยวข้อง ( ) ไม่เกี่ยวข้อง	( ) อาการ , ( ) ความรุนแรงของโรค , ( ) แนวโน้มของโรค, ( ) case ซ้ำซ้อน , ( ) ขาดข้อมูล , ( ) อื่นๆระบุ.....
2	บุคลากร	( ) เกี่ยวข้อง ( ) ไม่เกี่ยวข้อง	( ) ความรู้ ความสามารถ, ( ) ทักษะ, ( ) อ่อนล้า, ( ) แรงจูงใจ , ( )ทัศนคติ , ( ) สุขภาพกายและจิต, ( ) ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด , ( ) อื่นๆระบุ.....
3	งานที่มอบหมาย	( ) เกี่ยวข้อง ( ) ไม่เกี่ยวข้อง	( ) ภาระงานหนักเกินไป, ( ) การมอบหมายไม่เหมาะสมกับระดับความสามารถ ( ) อื่นๆระบุ.....
4	ทีมงาน	( ) เกี่ยวข้อง ( ) ไม่เกี่ยวข้อง	( ) โครงสร้างของทีมงาน, ( ) ลักษณะของผู้นำ, ( ) การสนับสนุนจากฝ่ายบริหาร ( ) อื่นๆระบุ.....
5	เครื่องมือ	( ) เกี่ยวข้อง ( ) ไม่เกี่ยวข้อง	( ) ขำรุด, ( ) ใช้ไม่เป็น , ( ) ไม่ได้รับการตรวจสอบ/บำรุงรักษา, ( ) Error บ่อย ( ) อื่นๆระบุ.....
6	วัฒนธรรมขององค์กร	( ) เกี่ยวข้อง ( ) ไม่เกี่ยวข้อง	( ) องค์กรเอื้อต่อการแก้ปัญหา, ( ) แรงกดดัน, ( ) การเงิน, ( ) ทิศทาง-นโยบาย ( ) กระบวนการทำงาน , ( ) อื่นๆระบุ.....
7	สิ่งแวดล้อม	( ) เกี่ยวข้อง ( ) ไม่เกี่ยวข้อง	( ) ปัจจัยทางกายภาพ เช่นแสง,เสียง,โต๊ะ-เก้าอี้ไม่เหมาะสม,ความปลอดภัย ( ) อื่นๆระบุ.....
8	การสื่อสาร	( ) เกี่ยวข้อง ( ) ไม่เกี่ยวข้อง	( ) การสื่อสารไม่ทั่วถึง, ( ) แนวทางการปฏิบัติไม่ชัดเจน, ( ) ไม่สื่อสาร, ( ) การสื่อสารระหว่างหน่วยงาน , ( ) อื่นๆระบุ.....

4. หาปัจจัยสาเหตุ ให้ร่วมกันพิจารณาปัจจัยที่เป็น workplace factor และ organization factor ที่เกี่ยวเนื่องกับ unsafe act พยายามอย่าให้จบที่ human error

Local Workplace Factors	Organizational Factors
ลักษณะของผู้ป่วยมีผลต่อการเกิด AE หรือไม่	แนวทางอะไรที่ควรมีสำหรับผู้ป่วยที่มีลักษณะนี้
บุคลากรมีความเหนื่อยล้า เครียด เสียสมาธิหรือไม่	การจัดระบบงานและสิ่งแวดล้อมอะไรที่จะป้องกันได้
บุคลากรมีความรู้และทักษะเพียงพอหรือไม่	การฝึกอบรมและการให้ข้อมูลอะไรบ้างที่จำเป็น ระบบเตือน (reminder system) อะไรที่จะช่วยได้
สมาชิกในทีมมีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่หรือไม่	มีการมอบหมายงานอย่างไร
สมาชิกในทีมได้รับข้อมูลที่ชัดเจนหรือไม่	แนวทางการบันทึกข้อมูล การสื่อสารและส่งต่อข้อมูลระหว่างสมาชิกที่จะช่วยป้องกันได้ควรเป็นอย่างไร
เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ สถานที่ มีความพร้อมหรือไม่	ระบบการจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ สถานที่/ สิ่งแวดล้อม อะไรที่ช่วยได้ มีทรัพยากรอะไรที่ต้องการเพิ่ม
	ระบบการติดตามกำกับและตอบสนองเป็นอย่างไร
	การออกแบบระบบงานเอื้อต่อการทำงานที่ปลอดภัยหรือไม่
	มีนโยบายอะไรที่เป็นอุปสรรคในเรื่องนี้
	วัฒนธรรมองค์กรเป็นอย่างไร

5. สรุปสาเหตุที่ทีมคิดว่าน่าจะเป็นสาเหตุของปัญหานี้



## 6. ทีมสรุปแนวทางการป้องกันแก้ไขมิให้เกิดซ้ำ

## สรุปการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงRCA

วัน เดือน ปี	สรุปเหตุการณ์	สาเหตุของปัญหา	วิธีดำเนินการป้องกัน/ แก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	ผู้ทบทวน

ลงชื่อ หัวหน้าทีม ..... วันที่ .....