

คู่มือการบริหารความเสี่ยง



โรงพยาบาลสามง่าม

อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร

ปีงบประมาณ 2561

คณะกรรมการจัดการความปลอดภัยและบริหารความเสี่ยง

056-691239-40 ต่อ 310

คำนำ

การจัดการความปลอดภัยและบริหารความเสี่ยงเป็นระบบงานที่สำคัญ ที่ส่งเสริมความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สินแก่ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นในระบบบริการ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการฟ้องร้องเรียก ค่าเสียหาย ขาดความเชื่อมั่นในการรับบริการ โรงพยาบาลสามง่ามจึงได้มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนา ระบบงาน ภายใต้การพัฒนาตามมาตรฐานต่างๆ ได้กำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยเป็นเป้าหมายหลักใน การให้บริการ กำหนดแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบและปฏิบัติตามแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิด วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety Culture) เพิ่มคุณภาพการรักษาลดข้อขัดแย้ง ข้อร้องเรียนด้านคุณภาพการรักษายาบาล

คณะกรรมการจัดการความปลอดภัยและบริหารความเสี่ยง จึงจัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน หน่วยงานสามารถทราบถึงความสำคัญและแนวทางปฏิบัติตามระบบการบริหารความเสี่ยงต่อไป



(นายสุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์)

ประธานคณะกรรมการจัดการความปลอดภัย
และบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลสามง่าม

ตุลาคม 2560



ประกาศ นโยบายบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลสามง่าม ปี 2561

เพื่อให้การดำเนินงานระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลสามง่าม เกิดประสิทธิภาพ สูงสุดตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(สรพ.) จึงขอกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

- 1) กำหนดให้ ความปลอดภัย เป็นเป้าหมายหลักในการให้บริการ “โรงพยาบาลสามง่าม เป็น สถานที่ปลอดภัยต่อผู้รับบริการ ญาติและเจ้าหน้าที่”
 - 2) เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบและปฏิบัติตามแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิด วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety Culture)
 - 3) เจ้าหน้าที่ทุกคน ทุกหน่วยงาน ทุกทีมคร่อมสายงาน ต้องมีการบริหารความเสี่ยงโดย
 - การค้นหา ประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง กำหนดมาตรการ และติดตาม/ประเมินผล เฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง
 - ทบทวนและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงานให้เป็นปัจจุบัน
 - 4) ทุกหน่วยงาน ทุกทีมคร่อมสายงานต้องมีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากกิจกรรมทบทวน12 กิจกรรม, การทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ trigger tool และเครื่องมืออื่นๆ
 - 5) การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องปฏิบัติ เมื่อพบเห็นอุบัติการณ์ โดยไม่มีการตำหนิหรือกล่าวโทษซึ่งกันและกัน ทั้งผู้รายงานและผู้ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนทางแก้ไข
 - 6) ทุกหน่วยงานจะต้องมีการสรุปรายงานอุบัติการณ์ทุก 3 เดือน แม้ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น
 - 7) เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องผ่านการอบรมเรื่องบริหารความเสี่ยงอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง
- จึงประกาศมาให้ทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ. วันที่ 1 ตุลาคม 2560

(นายสุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามง่าม

เรื่อง	สารบัญ	หน้า
ความหมายและคำสำคัญในระบบบริหารความเสี่ยง		1
กระบวนการบริหารความเสี่ยง		7
ขั้นที่ 1 การค้นหา/ระบุความเสี่ยง		8
ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์/ประเมิน/จัดลำดับความเสี่ยง		10
ขั้นที่ 3 การจัดทำแนวทางการจัดการความเสี่ยง		16
ขั้นที่ 4 ติดตาม/ประเมินผล		17
แผนภูมิ/ตาราง		
แผนภูมิกระบวนการบริหารความเสี่ยง		7
ตารางการกำหนดระดับความเสี่ยงโดยมีการกำหนดระดับความรุนแรง 9 ระดับ		10
ตารางการกำหนดโปรแกรมความเสี่ยงและผู้รับผิดชอบ		10
ตารางโปรแกรม Risk Matrix		11
ตาราง ระดับสี Risk Matrix		11
ตารางคะแนนระดับความรุนแรง		12
แผนภูมิขั้นตอนการพิจารณาระดับความรุนแรง		13
แผนภูมิFlowการรายงานความเสี่ยง		15
ภาคผนวก		
โปรแกรมระบบบริหารความเสี่ยง		19
เหตุการณ์ที่เป็น Sentinel Event ของโรงพยาบาลสามง่าม		20
แบบค้นหาและวิเคราะห์ความเสี่ยงของกลุ่มงาน/งาน		21

ความหมายและคำสำคัญในระบบบริหารความเสี่ยง

1. ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความเสียหายหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยงหรือความสูญเสียในโรงพยาบาลมี 7 ประการ (Risk heptagon) ได้แก่
 - ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล
 - การเสื่อมเสียชื่อเสียงซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจและขาดการสนับสนุนจากชุมชน
 - การสูญเสียรายได้ซึ่งจะมีผลให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนาและการดำเนินการไม่ว่ารายได้ นั้นจะมาจากรัฐบาลหรือจากผู้ป่วยโดยตรง
 - การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สินซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทรัพย์สินที่มีความเสี่ยงในที่นี้ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาลของผู้ป่วย/ญาติเจ้าหน้าที่หรือของบุคคลที่สามซึ่งทำธุรกิจกับโรงพยาบาล
 - การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล
 - การทำลายสิ่งแวดล้อมซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและ สิ่งมีชีวิตอื่นๆในบริเวณนั้นรวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา
 - ภาระในการชดเชยค่าเสียหายซึ่งอาจจะมีมูลค่าตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงมหาศาล
2. อุบัติการณ์ (Incidence) หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นแล้วนอกเหนือความคาดหมายและ/หรือก่อให้เกิดความสูญเสีย
3. เหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel Events) เหตุการณ์ต้องทบทวน หมายถึง อุบัติการณ์ที่ไม่คาดคิดซึ่งนำไปสู่การตายหรือบาดเจ็บรุนแรงต่อร่างกาย หรือจิตใจ หรือความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าวได้แก่ เหตุการณ์ที่เป็น Sentinel Event Clinic ดังนี้
 - Sudden death ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด
 - Medication error ระดับ G,H,I ความคลาดเคลื่อนทางยา
 - Perinatal death / maternal death มารดาหรือทารกเสียชีวิตจากการคลอด
 - Severe Birth Asphyxia ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด
 - Patient suicide ผู้ป่วยในสถานพยาบาลฆ่าตัวตายเหตุการณ์ที่เป็น Sentinel Event Non - Clinic ดังนี้
 - เกิดเหตุการณ์มีบุคคลเสียชีวิตภายในโรงพยาบาล
 - ไฟฟ้าดับส่งผลกระทบต่อระบบบริการเป็นเวลานาน 1 ชม.
 - แก๊สระเบิดส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต
 - อัคคีภัยภายในอาคารที่ไม่สามารถควบคุมเองได้หรือมีความเสี่ยงที่จะลุกลามเป็นวงกว้าง
 - ไฟฟ้ารั่ว/ช็อตส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต
 - การโจรกรรมทรัพย์สินของทางราชการ
4. เหตุเกือบพลาด (Near miss) หมายถึง เป็นการปฏิบัติที่กระทำต่อหรือยังไม่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่อันตรายดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้น อันเป็นผลจากโอกาส/โชค(เช่น ผู้ป่วยได้รับยาที่มีข้อห้ามในการใช้สำหรับผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ด้านยานั้น) หรือเป็นผลจากการป้องกัน (เช่น มีการส่งจ่ายยาในขนาดที่อาจทำให้เสียชีวิตได้ แต่เภสัชกร/พยาบาล สามารถตรวจพบได้ก่อนที่จะบริหารยาให้ผู้ป่วยหรือเป็นผลจากการบรรเทา (เช่น ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาในขนาดที่ส่งผลให้เสียชีวิตได้ แต่สามารถตรวจพบได้เร็วและสามารถให้ยาต้านพิษได้ทัน โดยที่ไม่เกิดอาการรุนแรงตามมา)

ประเภทความเสี่ยง

1. ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk หรือ Non-Clinical Risk) หมายถึง ความเสี่ยงทั่วไปหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม ทัศนียภาพ เครื่องมือ ข้อมือเรียน ถ้าเป็นกระบวนการหลักก็จะเป็นความเสี่ยงเรื่อง การบริการและการบริหารจัดการได้แก่

- ไฟไหม้
- น้ำท่วม
- เอกสารการเงินสูญหาย
- ทรัพย์สินสูญหาย
- การคุกคาม/ข่มขู่
- สิ่งแวดล้อมเป็นอันตราย/ปนเปื้อน
- พฤติกรรมบริการไม่สุภาพ

2. ความเสี่ยงทางด้านคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk) หมายถึง เหตุการณ์หรือการดูแลรักษาที่อาจเกิดอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยทั่วไป รายใดก็ได้ โดยไม่ระบุจำเพาะโรคได้แก่

- เป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่ระบุกว้าง ๆ ในกระบวนการรักษา
- ไม่จำเพาะต่อโรคใดโรคหนึ่ง
- อาจพบร่วมในหลายคลินิกบริการ
- อาจใช้มาตรการเดียวกันในการป้องกันในภาพรวม
- นำไปสู่การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคได้
- พบในระยะแรกของการพัฒนาและสามารถแก้ไขได้เป็นส่วนใหญ่ เช่น
 - ตกเตียง
 - การให้น้ำผิดพลาต
 - การให้โลหิตผิดพลาต
 - การติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ
 - เกิดแผลกดทับ

3. ความเสี่ยงเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk) หมายถึง ความเสี่ยงใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและอาจเกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือเสียชีวิตโดยระบุจำเพาะโรคและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับโรคนั้นๆ ได้แก่

ผู้ป่วยคลอด

- ตกเลือดหลังคลอด
- เกิด Birth Asphyxia
- ผู้ป่วยติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ/โพรงมดลูก
- คลอดไหล่ยาก (Dystocia)

ผู้ป่วยเบาหวาน

- Hyperglycemia
- Hypoglycemia

ทันตกรรม

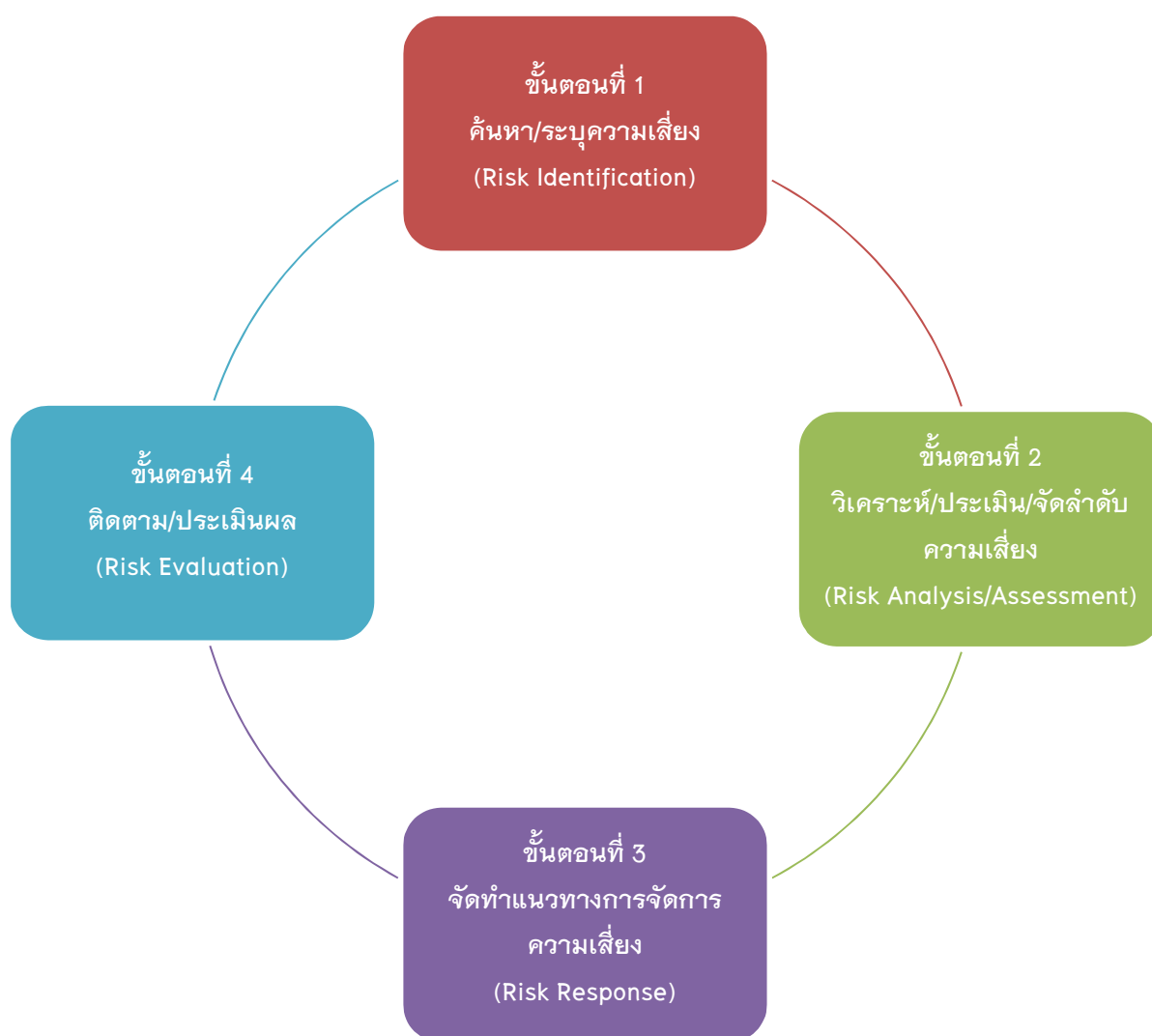
- วัสดุอุดฟันหลุด
- Dry socket
- เครื่องมือหลุดลงไปในคอ

4. ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) เป็นความเสี่ยงคลินิกที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

ได้แก่

- Prescribing error (สั่งใช้ยาผิด)
- Translation error (คัดลอกคำสั่งใช้ยาผิด)
- Dispensing error (จ่ายยาผิด)
- Administration error (รับประทานยา/ให้ยาผิด)
- ให้ยาผิดชนิด/ผิดคน/ผิดขนาด/ผิดเวลา
- ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ

กระบวนการบริหารความเสี่ยง



ขั้นตอนที่ 1 การค้นหา/ระบุความเสี่ยง (Risk Identification)

การค้นหาความเสี่ยงเป็นการทบทวนโอกาสที่จะเกิดปัญหาเพื่อจัดการได้อย่างเหมาะสม ทั้งการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก และเชิงรับ

การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก ได้แก่

1. ประสพการณ์ของบุคคล
 - แบบสอบถามความพึงพอใจ ของลูกค้าภายใน-นอก
 - ความคิดเห็นจากการสนทนาของผู้รับบริการ/ลูกค้า
2. การเรียนรู้จากประสพการณ์ของผู้อื่น ,จากการค้นคว้า,จากแหล่งข้อมูลข่าวสารภายนอก
 - ทบทวนเหตุการณ์สำคัญจากเอกสาร/ตำรา ประยุกต์สู่การปฏิบัติขององค์กร
 - ข่าวสาร หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์
3. การเรียนรู้ในระหว่างการทำงาน
 - รายงานเหตุการณ์สำคัญ/อุบัติการณ์ในระหว่างการทำงาน(Occurrence/Incidence Report)
4. จากการวิเคราะห์กระบวนการหลักของหน่วยงาน (Top Down Flow chart)
5. จากการเยี่ยมสำรวจ เช่น IC , RSM , ENV Round

การค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ ได้แก่

- ค้นหาจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย
- ทบทวนเวชระเบียน
- ระบบบันทึกข้อมูลของโรงพยาบาลที่มีอยู่แล้ว
- ระบบบันทึกข้อมูลที่ควรนำมาใช้ในการค้นหาความเสี่ยงของหน่วยงาน ได้แก่
 - บันทึกการบำรุงรักษาเครื่องมือต่าง ๆ
 - รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง(Incidence Report , Med error)
 - รายงานของผู้รับความคิดเห็น
 - รายงานสถานการณ์การเงิน / คลัง
 - รายงานผลการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่
 - การประเมินสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล
 - รายงานสรุปความพึงพอใจของผู้รับบริการ
 - รายงานการตรวจระดับเพลิง
 - บันทึกการควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการ
 - รายงานด้านอาชีวอนามัย
 - รายงานการตรวจสอบความปลอดภัยในการทำงาน
 - การตรวจสอบความปลอดภัยด้านรังสีวิทยา
 - ความผิดพลาดในการให้ยา
 - รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - บันทึกประจำวันของหน่วยงาน
 - รายงานเวรตรวจการ
 - รายงานของหน่วยรักษาความปลอดภัย

- ประสบการณ์ของสมาชิกในหน่วยงาน
- ตั้รับความคิดเห็นข้อเสนอแนะ
- คำร้องเรียนของผู้ป่วย
- เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น เช่น จากการค้นหาวารสารวิชาการ / Internet, การติดตามข่าวหน้าหนังสือพิมพ์
- การสำรวจสิ่งแวดล้อม
- เรียนรู้ระหว่างทำงาน (การรายงานอุบัติการณ์)

การจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) คือ การนำเอาความเสี่ยงทั้งหมดที่ค้นพบมาจัดทำบัญชี ซึ่งบัญชีนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาบ้างแต่ไม่มากนัก สิ่งที่สำคัญก็จะต้องประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่าง ๆ ให้เห็นว่าอะไรคือความเสี่ยงสำคัญที่ต้องระมัดระวัง และจะต้องไม่ให้ความเสี่ยงที่พบบ่อยมาบดบังความสำคัญของความเสี่ยงที่รุนแรงและส่งผลกระทบสูง

ตัวอย่างการ Risk Profile ในหน่วยงานรังสีวิทยา

- อันตรายต่อผู้ป่วย ได้แก่ การตกจากเตียงเอกซเรย์, การบาดเจ็บที่หลังของผู้ป่วยเนื่องจาก การเคลื่อนย้ายขึ้นและลง
- ความเสี่ยงต่อเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องเอกซเรย์ชำรุด
- อันตรายต่อเจ้าหน้าที่ ได้แก่ อันตรายจากรังสี, การบาดเจ็บจากเครื่องมือ

ความผิดพลาดในการถ่ายภาพ ได้แก่ ภาพถ่ายเอกซเรย์ไม่ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์/ประเมิน/จัดลำดับความเสี่ยง(Risk Analysis / Assessment)

การกำหนดระดับความเสี่ยงโดยมีการกำหนดระดับความรุนแรง 9 ระดับ ดังนี้

ระดับความรุนแรง	ความรุนแรง	ระดับความเสี่ยง
A	ไม่มีความคลาดเคลื่อน แต่มีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน	น้อยมาก
B	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียหายเนื่องจากความคลาดเคลื่อนยังไม่ถึงผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กร	น้อย
C	เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียหายถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กรแล้วหรือมีความเสียหายมูลค่าไม่เกิน 1,000 บาท	
D	เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียหาย แต่ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียหายต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงานและองค์กร หรือมีความเสียหายมูลค่ามากกว่า 1,000 บาทแต่ไม่เกิน 5,000 บาท	
E	เกิดความคลาดเคลื่อน ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงานและองค์กร ต้อง ได้รับการรักษา/แก้ไขเพิ่มเติม หรือมีความเสียหายมากกว่า 5,000 บาท แต่ไม่เกิน 10,000 บาท	ปานกลาง
F	เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ไข้เวลาแก้ไขนานขึ้นหรือมีความเสียหายมูลค่ามากกว่า 10,000 บาทแต่ไม่เกิน 50,000	
G	เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายถาวรต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กร หรือมีความเสียหายมูลค่ามากกว่า 50,000 บาทแต่ไม่เกิน 80,000 บาท	สูง
H	เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายเกือบถึงชีวิตต่อผู้รับบริการ ต้องทำการช่วยชีวิต เกิดความเสียหายต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กรต้องมีการแก้ไขอย่างเร่งด่วน (CPR) หรือมีความเสียหายมูลค่ามากกว่า 80,000 บาท แต่ไม่เกิน 100,000 บาท	
I	เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายจนถึงชีวิตต่อผู้รับบริการ เกิดความเสียหายจนแก้ไขไม่ได้ ต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงานและทำให้เกิดเสื่อมเสียชื่อเสียง ถูกฟ้องร้องทางสื่อ ทางกฎหมาย หรือมีความเสียหายมูลค่ามากกว่า 100,000 บาท	สูงมาก

การกำหนดโปรแกรมความเสี่ยงและผู้รับผิดชอบ

โปรแกรมความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ
1. ด้านการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก	ทีม PCT
2. ด้านสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมองค์กรและร้องทุกข์/ร้องเรียน	ทีม HRD
3. ด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและเครื่องมือ	ทีม ENV
4. ด้านการควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ.	ทีม IC
5. ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	ทีม PTC
6. ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ	ทีม IM
7. ด้านการบริหารจัดการบุคลากร	ทีม HRD
8. Sentinel Event	ทีม QMR

โปรแกรม Risk Matrix

Risk Assessment matrix			ความถี่ที่เกิดขึ้น				
			ต่ำมาก/ น้อยมาก	ต่ำ/ น้อย	ปาน กลาง	สูง/ บ่อย	สูงมาก/ บ่อยมาก
			1	2	3	4	5
ผลกระทบและความ รุนแรง	สูงมาก (I)	5	5	10	15	20	25
	สูง (G,H)	4	4	8	12	16	20
	ปานกลาง (E,F)	3	3	6	9	12	15
	น้อย (B,C,D)	2	2	4	6	8	10
	น้อยมาก (A)	1	1	2	3	4	5
	ระดับของความเสี่ยง						

ตาราง ระดับสี Risk Matrix

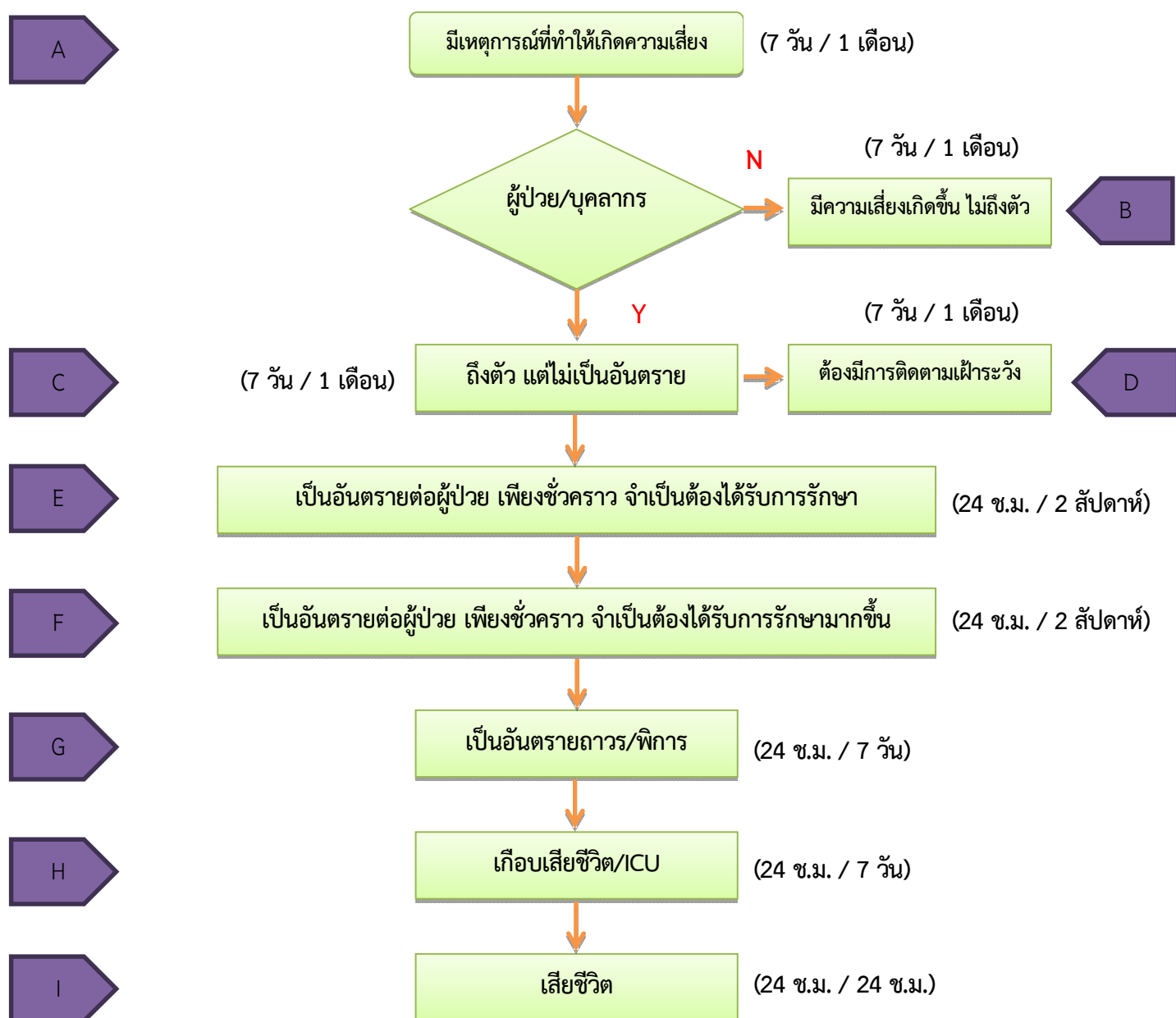
ระดับสี	ระดับความเสี่ยง	ระดับการแก้ไข
1-2	ต่ำมาก	ดำเนินการแก้ไข
3-4	ต่ำ	ดำเนินการแก้ไขกำหนดแนวทาง/นโยบายป้องกันความเสี่ยง
5-10	ปานกลาง	ดำเนินการแก้ไขร่วมกับทีมคุณภาพ
11-19	สูง	ดำเนินการแก้ไขร่วมกับทีมคุณภาพและคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล
20-25	สูงมาก	ดำเนินการแก้ไขด่วน/กำหนดนโยบายป้องกันการเกิดซ้ำ

ตารางคะแนนระดับความรุนแรง

ระดับคะแนน	ระดับความรุนแรง
5	I
4	G,H
3	E,F
2	B,C,D
1	A

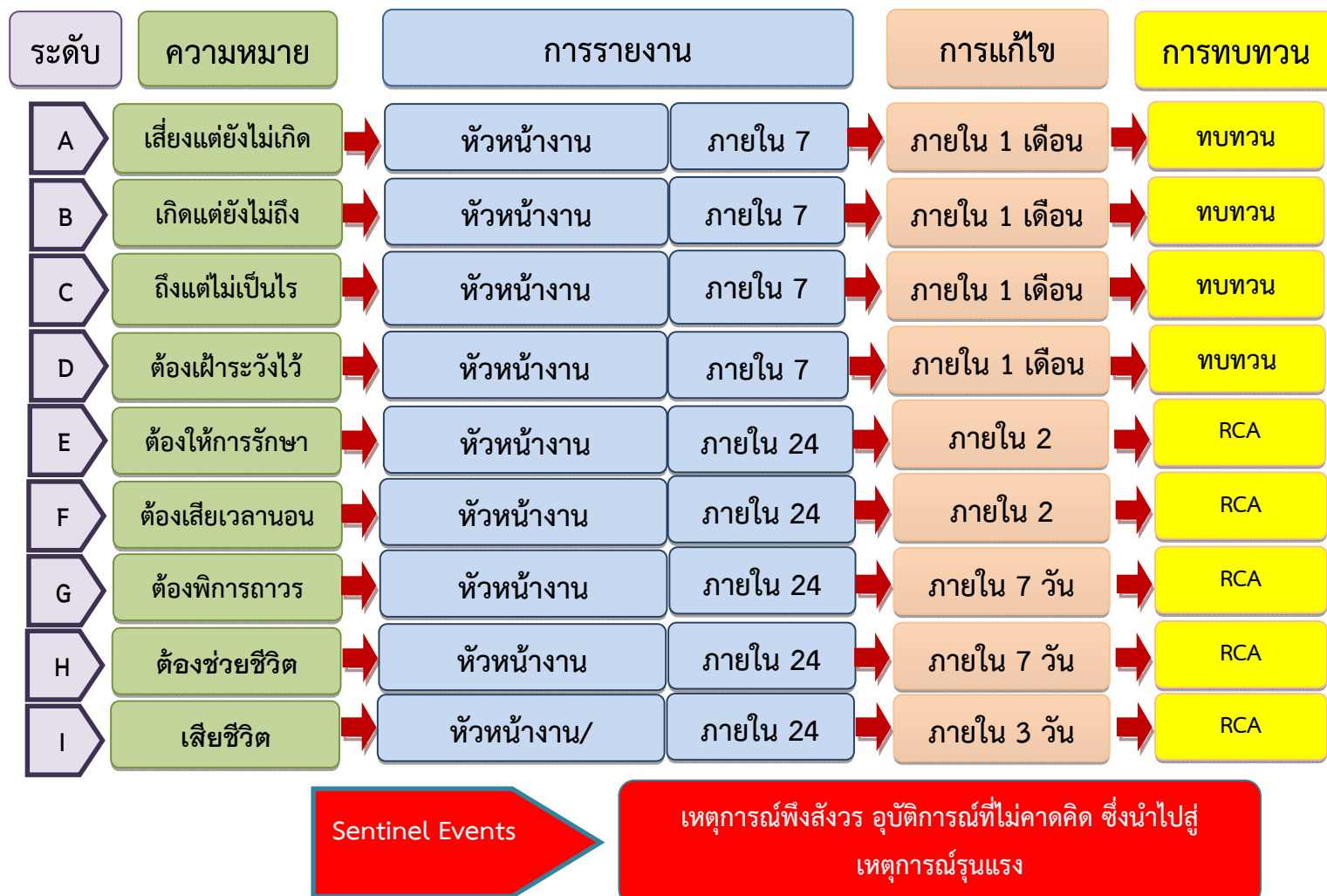
ระดับคะแนน	ความถี่ในการรายงาน
5	พบ >2 ครั้งต่อสัปดาห์
4	พบทุกเดือน
3	พบ 3 เดือน/ครั้ง
2	พบ 6 เดือน/ครั้ง
1	พบ 1 ครั้ง/ปี

ขั้นตอนการพิจารณาระดับความรุนแรง



ระดับความรุนแรง	รายงานหัวหน้าฝ่าย	รายงานต่อผู้อำนวยการ	รายงานภายในระยะเวลา	ดำเนินการแก้ไข	การทบทวน
A	/		7 วัน	1 เดือน	
B	/		7 วัน	1 เดือน	ทบทวน
C	/		7 วัน	1 เดือน	ทบทวน
D	/		7 วัน	1 เดือน	ทบทวน
E	/		24 ชม.	2 สัปดาห์	RCA
F	/		24 ชม.	2 สัปดาห์	RCA
G	/		24 ชม.	7 วัน	RCA
H	/		24 ชม.	7 วัน	RCA
I	/	/	24 ชม.	3 วัน	RCA
SE	/	/	ทันที	24 ชม.	
เกิดอุบัติเหตุซ้ำกันมากกว่า 3 ครั้งภายใน 1 เดือน					RCA

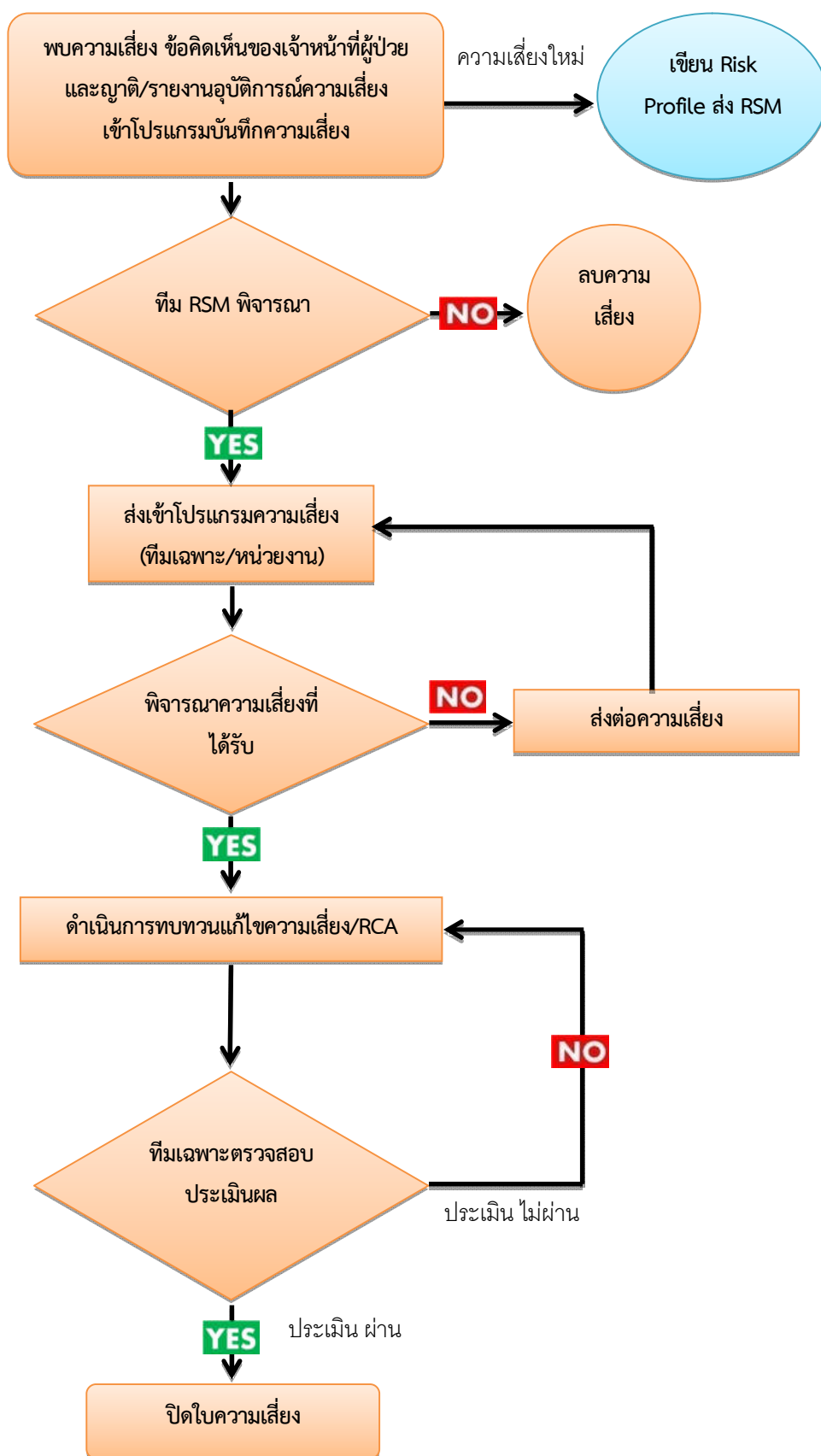
ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management) โรงพยาบาลสามง่าม



โปรแกรมความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ
1. ความปลอดภัยผู้ป่วย	ทีม PCT
2. ข้อร้องเรียนและสิทธิผู้ป่วย	ทีม HRD
3. สิ่งแวดล้อม	ทีม ENV
4. ควบคุมการติดเชื้อ	ทีม IC
5. ความคลาดเคลื่อนทางยา	ทีม PTC
6. เทคโนโลยีและสารสนเทศ	ทีม IM
7. บริหารจัดการบุคลากร	ทีม HRD
8. Sentinel Event	ทีม QMR

Sentinel Event Clinic	Sentinel Event Non-Clinic
Sudden death ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด	เกิดเหตุการณ์มีบุคคลเสียชีวิตภายในโรงพยาบาล
Medication error ระดับ G,H,I ความคลาดเคลื่อนทางยา	ไฟฟ้าดับส่งผลกระทบต่อระบบบริการเป็นเวลานาน 1 ชม.
Perinatal death / maternal death มารดาหรือทารกเสียชีวิตจากการคลอด	แก๊สระเบิดส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต
Severe Birth Asphyxia ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด	อัคคีภัยภายในอาคารที่ไม่สามารถควบคุมเองได้หรือมีความเสี่ยงที่จะลุกลามเป็นวงกว้าง
Patient suicide ผู้ป่วยในสถานพยาบาลฆ่าตัวตาย	ไฟฟ้ารั่ว/ข้อผิดพลาดให้เกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต
	การโจรกรรมทรัพย์สินของทางราชการ
รวม 5 เรื่อง	รวม 6 เรื่อง

Flow การรายงานความเสี่ยง



ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับความเสี่ยง (Risk Response)

1. การจัดการกับความเสี่ยง

นำความเสี่ยงสำคัญที่จัดทำมาดำเนินการจัดการความเสี่ยงโดยกำหนดมาตรการป้องกัน และควบคุมความเสี่ยงตามแนวทางดังต่อไปนี้ (ความเสี่ยงระดับรุนแรงมากต้องนำมาจัดการทุก ความเสี่ยง)

1.1 การเตรียมการก่อนเกิดเหตุ

สามารถทำได้โดยใช้กลยุทธ์ 5 ประการดังนี้:

- 1) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) คือการที่บุคคลหรือองค์กรยุติการทำหน้าที่บางอย่างที่มีความเสี่ยงสูงเช่นการที่แพทย์ยุติการทำคลอดกรณีพบว่ามีความเสี่ยงที่จะตกเลือด
- 2) การผ่องถ่ายความเสี่ยง (risk transfer) คือการที่มอบหมายให้บุคคลหรือองค์กรอื่นมาทำหน้าที่ที่มีความเสี่ยงแทนเช่นการส่งผู้ป่วยไปตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือเอกซเรย์ นอกสถานที่ก็เป็นการผ่องถ่ายความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิดพลาดไปด้วย.
- 3) การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) คือการใช้มาตรการต่างๆเพื่อลดโอกาสที่ จะเกิดอุบัติเหตุหรือความเสียหายเช่นการป้องกันอุบัติเหตุการล้างมือป้องกันการติดเชื้อและ การฝึกซ้อมเมื่อเกิดอัคคีภัย.
- 4) การลดความสูญเสีย (loss reduction) คือกลยุทธ์ที่ใช้เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้ว เช่นการสอบสวนและการบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์เพื่อลดภาระการชดใช้การให้ข้อมูลที่สมบูรณ์และตรงไปตรงมาเพื่อลดการเสียชื่อเสียงกลยุทธ์ที่สำคัญเพื่อลดความสูญเสียคือ การดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาด้วยความใส่ใจทันที.
- 5) การแบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation) เป็นการกระจายความเสี่ยงออกไปในรูปแบบต่างๆ หรือการมีระบบสำรองเช่นมีเครื่องกำเนิดไอน้ำ 2 ใบมีเครื่องกำเนิดไฟฟ้า2 เครื่องสิ่งเหล่านี้ไม่สามารถลดความเสี่ยงในตัวเองได้แต่เมื่อรวมกันแล้วทำให้ผลกระทบต่องค์กรลดลง.

1.2 การลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ (Loss Reduction)

- ให้การดูแลแก้ไขปัญหโดยฉับพลันด้วยความเอาใจใส่
- มีการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยและญาติ
- มีทีมแก้ไขความเสี่ยงตามระดับความรุนแรงของความเสี่ยงอย่างเหมาะสม

1.3 การบริหารเงินค่าเสียหายอย่างเหมาะสมและเป็นที่พอใจแก่ผู้เสียหาย

- มีระบบประสานงานคณะกรรมการระดับจังหวัดเรื่องเงินชดเชยความเสียหายของผู้ป่วยที่ได้รับ

ความเสียหายจาก

บริการทางการแพทย์

2. ปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดและเฝ้าระวังอุบัติการณ์

3. ดำเนินการควบคุมความเสี่ยงกรณีมีอุบัติการณ์สืบสวนหาสาเหตุและป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

โดยดำเนินการปรับปรุงมาตรการการจัดการความเสี่ยงให้เหมาะสมมากขึ้น ในกรณีที่ได้จัดการความเสี่ยงแล้วมาตรการการจัดการความเสี่ยงเหล่านั้นเพียงพอหรือไม่ ถ้าไม่เพียงพอให้หน่วยงานวิเคราะห์และปรับปรุงแนวทางจัดการความเสี่ยงต่อไปในกรณีที่ต้องการการสนับสนุนการแก้ไขปัญหาให้รายงานผู้อำนวยการหรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 ติดตาม/ประเมินผลความเสี่ยง (Risk Evaluation)

ประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยทุก 3 เดือน และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น โดยติดตามตัวชี้วัดของระบบบริหารความเสี่ยง

ระบบการจัดการข้อร้องเรียน

ช่องทางการรับข้อร้องเรียน ประกอบด้วย

1. ผู้รับข้อร้องเรียน/ข้อคิดเห็น

- รับข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะจากผู้มารับบริการหรือประชาชนทั่วไป
- รับข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

ผู้รับผิดชอบดูแล : ฝ่าย/งานที่ผู้ถูกติดตามเป็นผู้ดูแลความสะอาดและความพร้อมของอุปกรณ์ต่างๆ

ผู้รับผิดชอบเปิดรับข้อร้องเรียน/ข้อคิดเห็น

☞ ผู้รับผิดชอบคนที่ 1 ได้แก่ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากทีมบริหารจัดการความเสี่ยง (ศูนย์คุณภาพ)

☞ ผู้รับผิดชอบคนที่ 2 ได้แก่ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากทีมบริหารจัดการความเสี่ยงในกรณีที่ผู้รับผิดชอบคนที่ 1 ไม่สามารถปฏิบัติงานได้

เวลาเปิดรับข้อร้องเรียน/ข้อคิดเห็น : เปิดทุกวัน เวลา 8.30น. หรือ 16.00น.

การปฏิบัติงาน : ผู้รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายให้เปิดตู้ฯ เรียบเรียงข้อความใหม่แล้วพิจารณาเรื่องที่

เป็นปัญหาสำคัญ

ส่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องบันทึกลงในทะเบียน/สมุดความเสี่ยงของหน่วยงานเพื่อดำเนินการต่อไป

ตำแหน่งผู้รับข้อร้องเรียน/ข้อคิดเห็น

1. ดิ็กผู้ป่วยนอก
2. ดิ็กผู้ป่วยใน
3. ดิ็กคลอด
4. บริเวณร้านค้าสหกรณ์ของโรงพยาบาล
5. บริเวณโรงจอดรถผู้รับบริการ

ส่วนประกอบของตู้ฯ

1. ผู้รับข้อร้องเรียน/ข้อคิดเห็น 5ตู้
2. ไฟเวอร์บอร์ดสีฟ้า สำหรับแจ้งรายละเอียดของช่องทางการตอบสนองข้อร้องเรียน
3. อุปกรณ์เครื่องเขียน ประกอบด้วย ดินสอหรือปากกา , กระดาษสำหรับบันทึก (Reused Paper)

2. จดหมายและหนังสือราชการ

- จดหมาย : เข้าระบบผู้รับข้อร้องเรียน ข้อคิดเห็น
- หนังสือราชการ : ให้ฝ่ายบริหาร บันทึกข้อร้องเรียนลงในทะเบียน/สมุดความเสี่ยงหน่วยงานและดำเนินการตามระบบต่อไป

3. การรับข้อร้องเรียนทางโทรศัพท์/การพูดคุย : เข้าระบบผู้รับข้อร้องเรียน ข้อคิดเห็น

4. แบบประเมินความพึงพอใจของลูกค้าภายใน-ลูกค้าภายนอก
 - 1) แบบประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรภายในโรงพยาบาล รวบรวมโดยศูนย์คุณภาพ
 - 2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการของหน่วยงานต่างๆ รวบรวมโดยหน่วยงานต่าง ๆ :
หน่วยงานบันทึก
รายละเอียดที่เกี่ยวข้องลงในทะเบียน/สมุดความเสี่ยงเพื่อการทบทวนต่อไป
5. การเดินสำรวจของทีมคุณภาพ/ทีมคร่อมต่างๆ (Quality Round): ทีมส่งสรุปให้หน่วยงานเพื่อให้ลงในทะเบียน/สมุดความเสี่ยง
6. กรณีที่ผู้ประสบเหตุไม่สามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้นได้ ให้นำเรื่องเข้าสู่คณะกรรมการใกล้เคียง

เหตุการณ์ที่เป็น Sentinel Event ของโรงพยาบาลสามง่าม

เหตุการณ์ที่เป็น Sentinel Event Clinic ดังนี้

- Sudden death ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด
- Medication error ระดับ G,H,I ความคลาดเคลื่อนทางยา
- Perinatal death / maternal death มารดาหรือทารกเสียชีวิตจากการคลอด
- Severe Birth Asphyxia ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด
- Patient suicide ผู้ป่วยในสถานพยาบาลฆ่าตัวตาย

เหตุการณ์ที่เป็น Sentinel Event Non - Clinic ดังนี้

- เกิดเหตุการณ์มีบุคคลเสียชีวิตภายในโรงพยาบาล
- ไฟฟ้าดับส่งผลกระทบต่อระบบบริการเป็นเวลานาน 1 ชม.
- แก๊สระเบิดส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต
- อัคคีภัยภายในอาคารที่ไม่สามารถควบคุมเองได้หรือมีความเสี่ยงที่จะลุกลามเป็นวงกว้าง
- ไฟฟ้ารั่ว/ช็อตส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต
- การโจรกรรมทรัพย์สินของทางราชการ

แบบค้นหาและวิเคราะห์ความเสี่ยงของกลุ่มงาน/หน่วยงาน

กระบวนการงานย่อย	ความเสี่ยง	ระดับคะแนน			โปรแกรม		มาตรการป้องกัน
		ความรุนแรง	ความถี่	รวม	Clinic	Non Clinic	
					<input type="checkbox"/> PCT <input type="checkbox"/> PTC <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> S/E	<input type="checkbox"/> ENV <input type="checkbox"/> ETH <input type="checkbox"/> HRD <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> S/E <input type="checkbox"/> Other	
					<input type="checkbox"/> PCT <input type="checkbox"/> PTC <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> S/E	<input type="checkbox"/> ENV <input type="checkbox"/> ETH <input type="checkbox"/> HRD <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> S/E <input type="checkbox"/> Other	
					<input type="checkbox"/> PCT <input type="checkbox"/> PTC <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> S/E	<input type="checkbox"/> ENV <input type="checkbox"/> ETH <input type="checkbox"/> HRD <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> S/E <input type="checkbox"/> Other	

หมายเหตุ : คะแนนความรุนแรง 5=สูงมาก(I) , 4=สูง(G-H) , 3=ปานกลาง(E,F) , 2=น้อย(B,C,D) , 1=น้อยมาก(A)
 คะแนนความถี่ หมายถึง 5=พบ>2ครั้งต่อสัปดาห์, 4=ทุกเดือน , 3=พบ 3 เดือน/ครั้ง, 2= พบ 6 เดือน/ครั้ง, 1= พบ 1 ครั้ง/ปี