

## โรงพยาบาลเกาะสีชัง

**เป้าหมาย** ๑. เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ชุมชนและสิ่งแวดล้อม  
๒. เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจในระบบบริหารจัดการความเสี่ยง และมีการแก้ไข ความเสี่ยงเชิง ระบบอย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อใช้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
๒. เพื่อสร้างหลักประกันให้ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ที่ได้รับบริการและการดูแลที่ปลอดภัย
๓. เพื่อติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆที่จะนำไปสู่การวางมาตรการป้องกันที่ได้ผล
๔. เพื่อลดการฟ้องร้องและการร้องเรียนที่จะเกิดขึ้นกับโรงพยาบาล

### ขอบเขตบริการ

๑. กำหนดนโยบายและวางแผนค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก
๒. กำหนดโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาลและเชื่อมประสานกับทีมที่เกี่ยวข้อง
๓. วิเคราะห์ความเสี่ยงของหน่วยงานในโรงพยาบาลและแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง
๔. เผื่อระวัง ป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นพร้อมกำหนดมาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ
๕. ตอบสนองและแก้ไขปัญหาอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเหมาะสม
๖. ให้ความรู้แก่บุคลากรและสนับสนุนหน่วยงานต่างๆ เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

### นโยบายด้านงานบริหารความเสี่ยง

๑. มีการพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่บุคลากร ในงานบริหารความเสี่ยง
๒. มีการประสานและเชื่อมโยงในการป้องกันและจัดการความเสี่ยงระหว่างทีมและทีมคร่อม สายงานต่าง ๆ
๓. ควบคุมและป้องกันความเสี่ยงทุกประเภทที่มีโอกาสเกิดขึ้นในโรงพยาบาล ทั้งต่อผู้มารับ บริการ เจ้าหน้าที่ ทรัพย์สิน สิ่งของและชื่อเสียงของโรงพยาบาล
๔. หน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก
๕. ทุกหน่วยงานต้องมีการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน และมีการจัดทำบัญชีรายการความ เสี่ยง มีการ วิเคราะห์รวมทั้งมีการจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญทุกเหตุการณ์ที่ เกิดขึ้น
๖. สร้างวัฒนธรรมองค์กรในหน่วยงานทุกระดับ เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นความสำคัญใน เรื่องความปลอดภัย, มีส่วนร่วมในการค้นหาและการรายงานความเสี่ยง
๗. เมื่อมีเหตุการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้น มีระบบการรายงานที่ชัดเจน และรายงานตามลำดับชั้น ซึ่ง การรายงาน ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติโดยไม่ถือว่าผู้ที่รายงานมีความผิด

๘. มีระบบสารสนเทศที่สะท้อนสถานการณ์ความเสี่ยงและระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ

### บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

๑. กำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในโรงพยาบาล
๒. กำหนดแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในโรงพยาบาล ครอบคลุม ความเสี่ยงด้าน คลินิก, ความเสี่ยงทางด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม, ความเสี่ยงทางด้าน อุปกรณ์ และเครื่องมือ, ความเสี่ยงทางด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย ในหน่วยงาน, ความเสี่ยงทางด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัยในการทำงาน
๓. ผลักดันให้เกิดระบบการค้นหาความเสี่ยง, การรายงานและการจัดการความเสี่ยง
๔. เข้าเยี่ยมหน่วยงานและติดตามประเมินผล ระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน
๕. วางแผนการพัฒนาและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ ให้มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง
๖. ประสานงานกับทีมนำด้านต่างๆในโรงพยาบาลเพื่อจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
๗. เป็นตัวแทนประสานในการบริหารจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานของตน
๘. วิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง แนวโน้มเพื่อวางมาตรการป้องกันในภาพรวมของโรงพยาบาล
๙. ประเมินผลการดำเนินงานและการปฏิบัติตามนโยบาย
๑๐. บทบาทในการเจรจาไกล่เกลี่ย ต่อรอง กรณีเกิดข้อร้องเรียน หรือการฟ้องร้อง

### บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหน่วยงาน

๑. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน พิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีมีความเสี่ยงเกิดขึ้น ในหน่วยงาน
๒. ค้นหาและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงภายในหน่วยงานและวางมาตรการป้องกันและ ควบคุมความเสี่ยงที่สำคัญ
๓. จัดระบบบริหารความเสี่ยงภายในหน่วยงาน
๔. ทบทวนและลงนามในใบบันทึกรายงานสำคัญ/อุบัติการณ์ภายในหน่วยงาน ก่อนส่งถึง ผู้จัดการความเสี่ยง
๕. รับทราบสถิติข้อมูล เกี่ยวกับความเสี่ยงภายในหน่วยงานและร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน วิเคราะห์ ประเมินประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในหน่วยงาน
๖. นำเสนอข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานแก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
๗. สนับสนุนให้บุคลากรในบังคับบัญชาร่วมมือในการเฝ้าระวังและรายงานความเสี่ยง
๘. ทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อย่างสม่ำเสมอ
๙. รับนโยบาย แผนงาน และมาตรการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

### บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล

๑. ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคู่มือในการเฝ้าระวังความเสี่ยง และจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล
๒. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์/อุบัติการณ์เบื้องต้น
๓. บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไขความเสี่ยง อุดบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นและรายงานผู้บังคับบัญชา ตามลำดับ
๔. รายงานความเสี่ยง เมื่อพบเห็น/วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

## ความหมายและคำจำกัดความของการบริหารความเสี่ยง

๑. **ความเสี่ยง (Risk)** หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความสูญเสียหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือเป็นเหตุการณ์ การกระทำที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งส่งผลกระทบต่อหรือสร้างความเสียหาย (ทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน) หรือก่อให้เกิด ความล้มเหลว ลดโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมาย เช่น เกิดความสูญเสียที่เกิดกับผู้ใช้บริการ การสูญเสียรายได้ การเสื่อมเสีย ชื่อเสียง ความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บที่เกิดกับเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาล การทำลายสิ่งแวดล้อม และการชดใช้ ค่าเสียหาย
๒. **เหตุการณ์เกือบพลาด (Near miss)** ) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์หรือไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทันหรือด้วยความบังเอิญป้องกันได้ทันก่อนเกิดเหตุการณ์
๓. **อุบัติการณ์ (Incident)** (ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิด หรือ ก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล และ/หรือ คำร้องเรียน การสูญเสีย ความเสียหาย
๔. **เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE)** หมายถึง อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยได้รับซึ่ง เกิด จากการดูแลรักษาและไม่ได้เป็นผลเสียสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วยเอง อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ ระยะเวลาการรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรือเกิดความพิการ หรือเสียชีวิต ตามมา
๕. **บัญชีรายงานความเสี่ยง (Risk Profile)** หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งหน่วยงานที่ได้ รวบรวม จัดทำขึ้นโดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์การสำรวจภายในหน่วยงานเพื่อเป็นประเด็น สำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวัง ทั้งในระดับหน่วยงานและโรงพยาบาล
๖. **ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register)** หมายถึง เอกสารที่ช่วยในการบริหารจัดการความเสี่ยงให้ ครอบคลุมทุกขั้นตอน พร้อมทั้งมีการวางแผนในการป้องกัน การจัดการและประเมินผล เพื่อให้การบริหาร จัดการความ เสี่ยงมีชีวิต มีพลวัตร เห็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่เป็นระบบ
๗. **การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)** หมายถึง การค้นหา การประเมินความรุนแรงและการ ดำเนินการเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยง รวมทั้งการจัดการเมื่อเกิดปัญหาขึ้น และการประเมินผล เฝ้า ระวังความเสี่ยง
๘. **วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety culture)** คือคุณลักษณะขององค์กรในด้านความปลอดภัยดังนี้
  - ๑) การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาด
  - ๒) สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลาดหรือ Near miss โดยไม่ต้อง หวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ
  - ๓) มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความล่าช้าหรือความผิดพลาดต่าง ๆ
  - ๔) ความเต็มใจขององค์กรที่จะสนับสนุนทรัพยากรเพื่อความปลอดภัย

๙. เหตุการณ์ที่พึงสังวร (Sentinel event: SE) หมายถึง เหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นโดยไม่มีคาดการณ์มาก่อน ซึ่งมีผลทำให้เกิดความเสียหายจนถึงแก่ชีวิต หรือสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะอย่างถาวร หรือส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง โดยไม่มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น รวมถึงเหตุการณ์ที่อาจทำให้เสื่อมเสีย ชื่อเสียงของโรงพยาบาล ถือเป็น อุบัติการณ์รุนแรง ที่ผู้ประสบเหตุการณ์ต้องรายงานหัวหน้างาน/ฝ่าย/หน่วยงานและผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนทราบทันทีหรือโดยเร็วที่สุด เพื่อแก้ไขเหตุการณ์ทันทีอย่างเหมาะสม และต้องแจ้งให้ผู้ปฏิบัติทราบโดยทั่วถึงกัน

**คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้กำหนดเหตุการณ์ความรุนแรงสูงสุด (Sentinel Event) ที่ต้อง รายงานทันที ดังนี้**

๑. บุคลากร/ผู้รับบริการเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด (unexpected death) ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
๒. อัคคีภัย
๓. อุบัติเหตุหมู่
๔. เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล ( Social Media :ออกสื่อ ) และก่อให้เกิดการฟ้องร้อง
๕. ผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่พยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น
๖. การระบาดของโรค
๗. การโจรกรรมทรัพย์สินของทางราชการ/เจ้าหน้าที่/ผู้รับบริการ
๘. ไฟฟ้าดับและแก้ไขไม่ได้ นานกว่า ๒ ชั่วโมง
๙. ผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ถูกข่มขู่ ทำร้าย ทะเลาะวิวาทหรือถูกประทุษร้าย
๑๐. คอมพิวเตอร์ขัดข้อง รุนแรง ไม่ว่าจะจากสาเหตุใด ส่งผลให้ระบบ เครื่อง server ไม่ทำงาน (นานกว่า ๕ ชั่วโมง)
๑๑. การประสบอุบัติเหตุของยานพาหนะโรงพยาบาล
๑๒. สาธารณภัยทางธรรมชาติที่ส่งผลต่อการให้บริการผู้ป่วย

## กระบวนการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ได้แก่ :

- ขั้นตอนที่ ๑ การค้นหาความเสี่ยง
- ขั้นตอนที่ ๒ การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง
- ขั้นตอนที่ ๓ การจัดการและควบคุมความเสี่ยง
- ขั้นตอนที่ ๔ การติดตามและประเมินผล

**ขั้นตอนที่ ๑ การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)** มีขั้นตอน ดังนี้

- ๑.๑ การค้นหาจากอดีต เช่น ศึกษาความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา เรียนรู้จากประสบการณ์ หรือ ความผิดพลาดของคนอื่น ทบทวนข้อร้องเรียน
- ๑.๒ การศึกษาจากการสำรวจสภาพการณ์ในปัจจุบัน มี ๒ ประเภท คือ
  - ๑.๒.๑ การค้นหาเชิงรุกจากการตรวจสอบ เช่น ENV Round, IC Round, Risk Round, การทบทวน เวชระเบียน การค้นหาจากกระบวนการทำงาน
  - ๑.๒.๒ การค้นหาเชิงรับจากรายงานต่างๆ เช่น รายงานอุบัติการณ์ รายงาน เวิร์ทวอร์คการ บันทึกประจำวันของหน่วยงาน เป็นต้น
- ๑.๓ การจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk Profile)  
การจัดบัญชีความเสี่ยงเข้าโปรแกรมความเสี่ยง เพื่อแยกเป็นหมวดหมู่ สะดวกในการวิเคราะห์ แก้ไข ปรับปรุง

โปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาลเกาะสีชัง แบ่งออกเป็น ๘ โปรแกรม ดังนี้

- โปรแกรมที่ ๑ ระบบบริการ
- โปรแกรมที่ ๒ การดูแลรักษาผู้ป่วย
- โปรแกรมที่ ๓ ความปลอดภัยด้านยา/สารน้ำ/เลือด
- โปรแกรมที่ ๔ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- โปรแกรมที่ ๕ ระบบการดูแลและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ
- โปรแกรมที่ ๖ ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
- โปรแกรมที่ ๗ สิทธิผู้ป่วยและข้อร้องเรียน
- โปรแกรมที่ ๘ เหตุการณ์เฝ้ามอง/ฟังสังวร Sentinel Event

โปรแกรม	ความหมาย	ทีมรับผิดชอบ
ความเสี่ยงทั่วไป / ระบบบริการ	อุบัติการณ์ที่เกิดจากกระบวนการบริการผู้ป่วย, ระบบการบันทึกเวชระเบียน, การตรวจสอบสิทธิบัตร, การสื่อสาร	PCT/IM
การดูแลรักษาผู้ป่วย	อุบัติการณ์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย การส่งตรวจห้องปฏิบัติการ/เอ็กซเรย์, การวินิจฉัยโรค, ภาวะแทรกซ้อนจาก การรักษา รวมถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระบบบริการเฉพาะ โรค	PCT
ความปลอดภัยด้านยา/สารน้ำ/เลือด	อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในเรื่องเกี่ยวกับการใช้ยา/สารน้ำ/เลือด และองค์ประกอบของเลือดทั้งหมด	PTC/LAB
การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะที่อาจก่อให้เกิดการติดเชื้อที่เกิดจากพฤติกรรมของบุคคล	IC
ระบบการดูแลและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ	อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจากเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และเครื่องมืออุปกรณ์ทั่วไปไม่สามารถใช้งานได้ตามปกติ เช่น เครื่องมือหมดอายุ ไม่พร้อมใช้งาน ไม่พอเพียง	ทีมเครื่องมือ
ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อุบัติการณ์ที่เกิดจากความไม่ปลอดภัยของอาคารสถานที่ สาธารณูปโภค, ชุมชน ,สิ่งแวดล้อม, ความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของผู้รับบริการ, ด้านการเงิน</li> <li>- อุบัติการณ์ที่เกิดจากระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และอุบัติการณ์ที่เกิดการกระทำที่ไม่ปลอดภัย อุบัติเหตุ หรือบาดเจ็บจากการทำงานที่อาจเกิดขึ้นแก่ตัวเจ้าหน้าที่ และการ ไม่ปฏิบัติตามนโยบาย,กฎระเบียบวัฒนธรรมขององค์กร</li> </ul>	ENV/HRD/IC/ งานอาชีวอนามัย/IT
สิทธิผู้ป่วยและข้อร้องเรียน	อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความไม่ประทับใจ, ไม่พึงพอใจ, ไม่ได้รับการตอบสนอง อันก่อให้เกิดความเสียหายต่อชื่อเสียง ต่อบุคลากรและองค์กร , การกระทำที่ไม่คุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย	ทีมเจรจาไกล่เกลี่ย
เหตุการณ์เฝ้ามอง/ฟังสังวร Sentinel Event	บุคลากร/ผู้รับบริการเสียชีวิต, อัคคีภัย, อุบัติเหตุหมุ่, เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล, ผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่พยายามฆ่าตัวตาย, การระบาดของโรค, ผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ถูกข่มขู่ ทำร้าย, การโจรกรรม, ไฟฟ้าดับและแก้ไขไม่ได้ นานกว่า ๒ ชั่วโมง การประสบอุบัติเหตุของยานพาหนะโรงพยาบาล สาธารณภัยทางธรรมชาติที่ส่งผลต่อการให้บริการผู้ป่วย	ผู้อำนวยการ หัวหน้างาน กรรมการบริหาร

## ขั้นตอนที่ ๒ การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis)

การประเมินความเสี่ยงจะครอบคลุมตั้งแต่การจำแนกประเภทความเสี่ยง การประเมินระดับความรุนแรง และการ ประมวลผลข้อมูลความเสี่ยง

การจำแนกประเภทความเสี่ยงแบ่งเป็น ๒ ประเภท ได้แก่

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

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

๑.๒ ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk) หมายถึง เป็นความเสี่ยงเฉพาะตามกลุ่มโรค/ หัตถการที่สำคัญ หรือภาวะแทรกซ้อน โดยกำหนดโรคหรือหัตถการเป็นตัวตั้ง เพื่อพิจารณาว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยง อะไรบ้าง เช่น ภาวะ Hypoglycemia/DKA ในผู้ป่วยเบาหวาน

**๒. ความเสี่ยงทั่วไป (Non-clinical risk)** หมายถึง ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่เกิด จากปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความเสียหาย ได้แก่

- ด้านสิ่งแวดล้อม, อาชีวอนามัยและความปลอดภัย หมายถึง อุบัติการณ์ที่เกี่ยวกับอาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก, อุบัติการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่มีผลต่อสุขภาพบุคลากร , ความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน
- ด้านเครื่องมือ, อุปกรณ์ หมายถึง อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับเครื่องมือทางการแพทย์, เครื่องมืออุปกรณ์ทั่วไป รวมทั้งรถยนต์ราชการ : ไม่มี, ไม่เพียงพอ. ไม่พร้อมใช้งาน , ระบบขัดข้อง
- ด้านข้อร้องเรียน, สิทธิผู้ป่วย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูล ก่อนการลงนามยินยอมรับการรักษา, การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย, การตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษา
- ด้านสารสนเทศ และเทคโนโลยี หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์, ความไม่พร้อมใช้, โปรแกรมการสื่อสารบันทึก, การจัดเก็บข้อมูล , ระบบอินเทอร์เน็ต
- ด้านการเงิน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับค่ารักษา การสูญเสียรายได้อันเป็นทรัพย์สินทางราชการ
- ด้านระบบบริการ, ขั้นตอนบริการ หมายถึง อุบัติการณ์การดูแลช่วยเหลือ การให้ข้อมูล การช่วยเหลืออำนวยความสะดวก พฤติกรรมบริการ ขั้นตอนบริการ
- เวชระเบียน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับเอกสาร ประวัติผู้ป่วย เช่น การบันทึก การค้นหา การระบุตัวผู้ป่วย การบันทึกสิทธิ์การรักษา การบันทึกค่ารักษาพยาบาล การบันทึกที่แสดงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสื่อสารของทีมสหสาขาวิชาชีพ



## การแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยง

### ระดับความรุนแรงทางคลินิกแบ่งเป็น ๙ ระดับ

แยกระดับตามกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยง จากระบบการรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยงทางคลินิกและ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศ (National Reporting and Learning System) ดังนี้

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก และหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goals ของกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป กำหนดระดับความรุนแรง เป็นระดับ A - I ตามรายละเอียดดังนี้

ระดับ	คำอธิบาย	การจัดกลุ่ม
A	(เกิดที่นี้) เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเองสามารถปรับแก้ไขได้ ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและผู้ป่วยหรือบุคลากร รวมถึงเหตุการณ์ที่เสี่ยงที่จะเกิดความ คลาดเคลื่อน	เกือบพลาด/ความรุนแรงน้อยมาก Near miss
B	(เกิดที่ไกล) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งต่อเหตุการณ์/ความผิดพลาด นั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบต่อใดๆ ถึงผู้ป่วยหรือ บุคลากร	
C	(เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร แต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย	Low Risk
D	(ให้ระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องให้การดูแลเฝ้า ระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	
E	(ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตราย ชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มมากขึ้น	Moderate Risk
F	(เสียเวลานาน) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือ เกินกำหนด ผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น	
G	(ต้องพิการ) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ทำให้เกิดความพิการถาวร หรือมี ผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ความเชื่อถือและ/หรือมีการร้องเรียน	High Risk
H	(ต้องการป้ม) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร มีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล	
I	(จำใจลา) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/สื่อ	

กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป กำหนดและ แยกระดับความรุนแรงเป็นระดับ ๑ - ๕ ตามรายละเอียด ดังนี้

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
๑	เหตุการณ์ที่อาจก่ออันตรายหรือสร้างความรำคาญยังไม่เกิดความเสียหาย	Near miss
๒	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น มีผลกระทบ แต่ไม่เกิดผลเสียต่อชื่อเสียง หรือ ทรัพย์สินที่มีมูลค่าไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท	Low Risk
๓	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น มีผลกระทบและเกิดผลเสียต่อชื่อเสียง หรือ ทรัพย์สิน ที่มีมูลค่าไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ บาท	Moderate Risk
๔	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น มีผลกระทบและเกิดผลเสียต่อชื่อเสียง อาจนำไปสู่การร้องเรียน/แจ้งความ/ฟ้องร้อง/หรือเครื่องมือที่จำเป็น/ เครื่องมือช่วยชีวิต และมีจำนวนจำกัดเสียหาย หรือทรัพย์สินที่มีมูลค่า ๕๐,๐๐๐บาทขึ้นไป	High Risk

จัดกลุ่มตามระดับความรุนแรงเป็น ๕ ระดับ เพื่อใช้ในการรายงานความเสี่ยง

จัดกลุ่ม	ระดับความรุนแรงทางคลินิก	ระดับความรุนแรงทั่วไป
๑. Near miss	A-B	๑
๒. Low Risk	C-D	๒
๓. Moderate Risk	E-F	๓
๔. High Risk	G-I	๔

## เกณฑ์ในการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง

เกณฑ์ในการวิเคราะห์ความเสี่ยง พิจารณาเงื่อนไขในการกำหนดเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง ๒ มิติ คือ โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง (Likelihood) และผลกระทบของความเสี่ยง (Impact) เพื่อกำหนดระดับความเสี่ยง (Level of Risk)

**โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง (Likelihood)** หมายถึง การประเมินโอกาสของการที่แต่ละเหตุการณ์จะเกิดขึ้น โดยการพิจารณาจากสถิติการเกิดเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบันหรือคาดการณ์ล่วงหน้าของโอกาสที่จะเกิดในอนาคต โดยมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน	โอกาสในการเกิด
๕	โอกาสเกิด ๙๙ % หรือเกิดบ่อยหรืออาจเกิดขึ้นภายในรอบวันถึงสัปดาห์
๔	โอกาสเกิดมากกว่า ๕๐ % อาจเกิดขึ้นได้ภายในรอบสัปดาห์ถึงรอบเดือน
๓	โอกาสเกิดมากกว่า ๑๐ % อาจเคยเกิดขึ้นเพราะเคยเกิดแล้วหรือเกิดขึ้นภายในรอบปี
๒	โอกาสเกิดมากกว่า ๑% หรืออาจเคยเกิดขึ้นได้แต่ยังไม่เคยเกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นในรอบหลายปี
๑	โอกาสเกิดน้อยกว่า ๑ % หรือเป็นไปได้แต่เฉพาะกรณีฉุกเฉิน

**ผลกระทบ (Impact)** หมายถึง ความเสียหายที่จะเกิดขึ้น หากความเสี่ยงนั้นเกิดขึ้น เป็นการพิจารณาระดับความรุนแรงและมูลค่าความเสียหายจากความเสี่ยงที่คาดว่าจะได้รับ โดยมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับความรุนแรง	ผลกระทบ
๕	สูงมาก	มีผลกระทบวิกฤติ ต้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก
๔	สูง	มีผลกระทบมาก ต้องรีบแก้ไขโดยด่วน
๓	ปานกลาง	มีผลกระทบ ต้องมีแผนรองรับต่อไป
๒	น้อย	มีผลกระทบเล็กน้อย ยอมรับได้
๑	น้อยมาก	ไม่มีผลกระทบ

**ระดับความเสี่ยง (Risk Level)** กำหนดค่าเท่ากับผลคูณของระดับโอกาสที่ความเสี่ยงอาจเกิดขึ้น (Likelihood) และระดับความรุนแรงของผลกระทบ (Impact) อันเนื่องมาจากความเสี่ยง ซึ่งระดับความเสี่ยงแบ่งตามความสำคัญเป็น ๔ ระดับ ดังนี้

ระดับความเสี่ยง	คะแนน	สี
ความเสี่ยงต่ำ ( Low)	๑-๓ คะแนน	เขียว
ความเสี่ยงปานกลาง (Medium)	๕-๙ คะแนน	เหลือง
ความเสี่ยงสูง (High)	๑๐-๑๖ คะแนน	ส้ม
ความเสี่ยงสูงมาก	๑๗-๒๕ คะแนน	แดง

ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยงในรูปแบบ Risk Matrix

การประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Risk matrix ( likelihood x Impact )				
กลุ่มเหลือง ความเสี่ยงปาน กลาง (5)	กลุ่มส้ม ความเสี่ยงสูง (10)	กลุ่มส้ม ความเสี่ยงสูง (15)	กลุ่มแดง ความเสี่ยงสูงมาก (20)	กลุ่มแดง ความเสี่ยงสูงมาก (25)
กลุ่มเหลือง ความเสี่ยงปาน กลาง (4)	กลุ่มเหลือง ความเสี่ยงปาน กลาง (8)	กลุ่มส้ม ความเสี่ยงสูง (12)	กลุ่มส้ม ความเสี่ยงสูง (16)	กลุ่มแดง ความเสี่ยงสูงมาก (20)
กลุ่มเขียว ความเสี่ยงต่ำ (3)	กลุ่มเหลือง ความเสี่ยงปาน กลาง (6)	กลุ่มเหลือง ความเสี่ยงปาน กลาง (9)	กลุ่มส้ม ความเสี่ยงสูง (12)	กลุ่มส้ม ความเสี่ยงสูง (15)
กลุ่มเขียว ความเสี่ยงต่ำ (2)	กลุ่มเหลือง ความเสี่ยงปาน กลาง (4)	กลุ่มเหลือง ความเสี่ยงปาน กลาง (6)	กลุ่มเหลือง ความเสี่ยงปาน กลาง (8)	กลุ่มส้ม ความเสี่ยงสูง (10)
กลุ่มเขียว ความเสี่ยงต่ำ (1)	กลุ่มเขียว ความเสี่ยงต่ำ (2)	กลุ่มเขียว ความเสี่ยงต่ำ (3)	กลุ่มเหลือง ความเสี่ยงปาน กลาง (4)	กลุ่มเหลือง ความเสี่ยงปาน กลาง (5)

การวิเคราะห์

1. ให้แทนค่าคะแนนของโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ หรือความถี่และความรุนแรง เหตุการณ์หรือผลที่จะเกิดตามมา โดยเปรียบเทียบจากสถิติที่กำหนด
2. นำค่าคะแนน ๒ มาคูณกันในตาราง
3. นำผลคูณของค่าคะแนนที่ได้เทียบตามตาราง ว่าความเสี่ยงนั้นอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงใด
4. หน่วยงานประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน โดยนำความเสี่ยงที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลางขึ้นไป จัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยง และรวบรวมเป็น Risk profile ของหน่วยงาน
5. หน่วยงานและองค์กร ใช้ Risk level ในการจัดทำ Risk register

### ขั้นตอนที่ ๓ การจัดการความเสี่ยง (Risk Treatment)

การจัดการกับความเสี่ยง ประกอบด้วย การควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย

**การควบคุมความเสี่ยง (Risk Control)** เป็นความพยายามที่จะหยุดหรือลดความเสียหาย ซึ่งสามารถทำได้โดยใช้กลยุทธ์ ๕ ประการ ดังนี้:

๑. **การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance)** คือ การที่บุคคลหรือองค์กร ยุติการทำหน้าที่บางอย่างที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การปิดห้องคลอด, การปิดห้องผ่าตัด

๒. **การฟ้องถ่ายความเสี่ยง (risk transfer)** คือ การที่มอบหมายให้บุคคล หรือองค์กรอื่นมาทำหน้าที่ที่มีความเสี่ยง แทน เช่น การส่งผู้ป่วยไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเอกซเรย์นอกสถานที่ก็เป็นการฟ้องถ่ายความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิดพลาดไปด้วย

๓. **การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention)** คือ การใช้มาตรการต่าง ๆ เพื่อลดโอกาส ที่จะเกิดอุบัติเหตุหรือความเสียหาย เช่น การป้องกันอุบัติเหตุ การใช้วัสดุทนไฟ และการฝึกซ้อมเมื่อเกิดอัคคีภัย

๔. **การลดความสูญเสีย (loss reduction)** คือ กลยุทธ์ที่ใช้เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้ว เช่น การสอบสวนและการบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์เพื่อลดภาระการชดเชย การให้ข้อมูลที่สมบูรณ์และตรงไปตรงมาเพื่อลดการเสียชื่อเสียง กลยุทธ์ที่สำคัญเพื่อลดความสูญเสียคือการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาด้วยความใส่ใจทันที

๕. **การแบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation)** เป็นการกระจายความเสี่ยงออกไป ในรูปแบบต่าง ๆ หรือการมีระบบสำรอง เช่น มีเครื่องกำเนิดไอน้ำ ๒ ใบ มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้า ๒ เครื่อง สิ่งเหล่านี้ไม่สามารถลดความเสี่ยงในตัวเองได้ แต่เมื่อรวมกันแล้วทำให้ ผลกระทบต่อองค์กรลดลง

**การบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย (Risk Financing)** มีเป้าหมายที่จะจ่ายชดเชยเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้นแล้ว อย่างเหมาะสมและไม่กระทบต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหายที่มิไกลเกลี่ย จะเป็นผู้สรุปปัญหา นำเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาลร่วมกันพิจารณาชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสม เพื่อให้มีการบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ กำหนดให้หน่วยงาน ทีมคร่อมสายงาน และองค์กร จัดทำ บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) และทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register)

#### ก.ระดับหน่วยงาน

๑. รายการความเสี่ยงของหน่วยงาน ส่งทีม RM ทุกเดือน

๒. จัดทำ Risk profile ของหน่วยงานอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และรายงานทีม RM

๓. นำความเสี่ยงที่ค้นหาและประเมินระดับแล้วมาเรียงลำดับความสำคัญตั้งแต่ระดับ Extreme risk, High risk, moderate risk, และ Low risk

๔. วางแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญระดับ moderate risk ขึ้นไปโดยการ วางแนวทางการจัดการเชิงระบบ วิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Root Cause Analysis) ในกรณีที่คาดว่าจะไม่สามารถจัดการได้ ภายในหน่วยงานให้นำเสนอต่อผู้บังคับบัญชาเพื่อนำไปหาแนวทาง จัดการในระดับคณะกรรมการคร่อมสายงาน เช่น PCT ENV IC ต่อไป

๕. นำข้อมูลมาสรุปจัดทำคู่มือสำหรับบุคลากรในหน่วยงาน ในการป้องกันและจัดการความเสี่ยง
๖. ฝ้าระวังและติดตามการดำเนินงานโดยดูจากรายงานอุบัติการณ์ และเครื่องชี้วัดที่มีการเก็บข้อมูล
๗. ทบทวนคู่มือ และมาตรการที่จัดทำไว้เป็นระยะ ๆ และเมื่อเกิดความเสี่ยงที่มีระดับผลกระทบรุนแรง

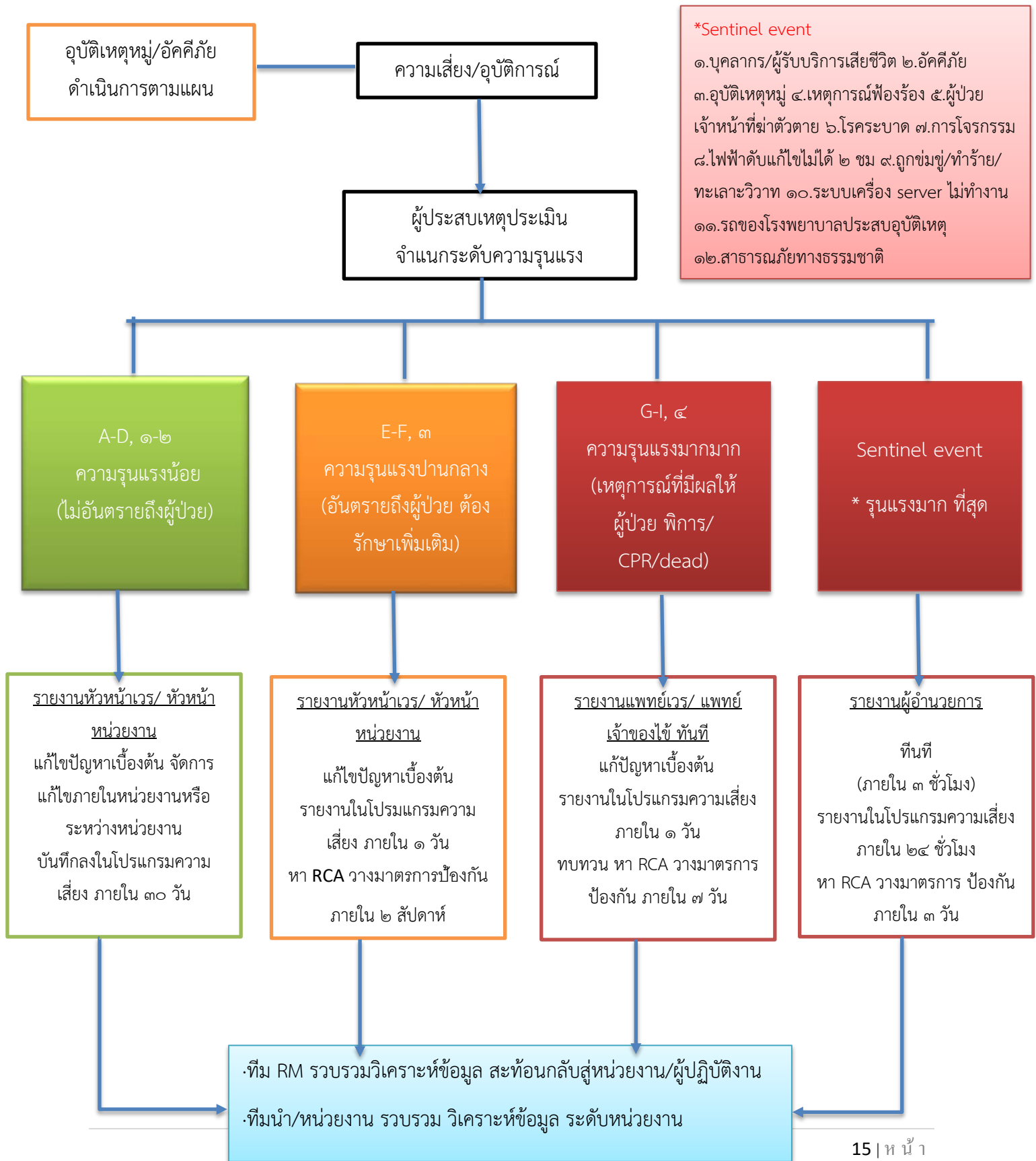
#### ข. ระดับโรงพยาบาล

๑. ทีม RM รวบรวมความเสี่ยงของทั้งองค์กร อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
๒. จัดทำ Risk register สำหรับความเสี่ยงระดับ high risk ขึ้นไป หรือความเสี่ยงที่เกิดบ่อยแล้วต้องการติดตาม
๓. วางแนวทาง/มาตรการการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ

แนวทางในการรายงานและจัดการความเสี่ยงตามลักษณะการเกิดอุบัติการณ์ และระดับของความรุนแรง ดังนี้

ระดับความรุนแรง	ระยะเวลาการลงรายงานในระบบ	แนวทางการจัดการ	ระยะเวลาการวางมาตรการป้องกัน/ส่งรายงานการทบทวน	ระยะเวลาการติดตามผล
A-B ระดับ ๑ (Near miss)	รายงานได้ทุกวัน ภายใน ๑ เดือน	รวบรวมและดูแนวโน้ม ว่ามี ความถี่ที่สูงขึ้น หรือไม่/วาง มาตรการ ป้องกัน	ภายใน ๓ เดือน	๓ เดือน
C-D ระดับ ๒	รายงานได้ทุกวัน ภายใน ๑ เดือน	ทบทวนหาแนวทาง ปฏิบัติ/ จัดทำคู่มือการ ปฏิบัติงาน	ภายใน ๑ เดือน	๓ เดือน
E-F ระดับ ๓	ภายใน ๑ วัน	ดำเนินการหา RCA วางมาตรการป้องกัน/ แก้ไข	ภายใน ๑๔ วัน	๑ เดือน
G-I ระดับ ๔	ภายใน ๑ วัน	ดำเนินการหา RCA วางมาตรการป้องกัน/ แก้ไข	ภายใน ๗ วัน	๒ สัปดาห์
Sentinel event	ภายใน ๑ วัน	ดำเนินการหา RCA วางมาตรการป้องกัน/ แก้ไข	ภายใน ๓ วัน	๒ สัปดาห์

## Flow การรายงาน การบริหารจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลเกาะสีชัง



## ขั้นที่ ๔ การประเมินผลและติดตาม (Risk Monitor & Review)

การนำเหตุการณ์ และความสูญเสียที่เกิดขึ้นตรวจสอบความเพียงพอกับวิธีการ หรือมาตรการที่ใช้ ป้องกันความเสี่ยง ซึ่งต้องประเมินและติดตามดังนี้

๔.๑ การติดตามประเมินผลตามตัวชี้วัด ทุกเดือน

๔.๒ ประเมินผลระบบบริหารความเสี่ยงทั้งระบบ

๔.๓ การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ทั้งๆที่มีมาตรการป้องกันแล้ว อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์เดี่ยวหรือเกี่ยวข้องกับระบบอื่นๆ มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้อีกหรือไม่ ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำเพื่อวางมาตรการเพิ่มเติมหรือค้นหากลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้น

๔.๔ ทบทวนความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

๔.๕ มีการสื่อสารการตอบสนองของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ และให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ และทรัพย์สินของโรงพยาบาล

### ตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
๑	จำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงาน (ทั้งหมด/รุนแรง)	เพิ่มขึ้น
๒	ร้อยละของการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรงซ้ำ(ระดับ E ขึ้นไป, ระดับ ๓ ขึ้นไป)	<๒%
๓	ร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก ระดับ E-I ที่ได้รับการทำ RCA	≥๘๐%
๔	ร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านทั่วไป ระดับ ๓-๕ ที่ได้รับการทำ RCA	≥๘๐%
๕	สัดส่วน Miss : Near miss (A-D)	< ๑
๖	อัตราความครอบคลุมของหน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยง	≥๙๐%
๗	ตัวชี้วัดตามมาตรฐานความปลอดภัย ๙ ข้อ ที่ผ่านเกณฑ์	≥๘๐%



# ภาคผนวก

# คู่มือการใช้งาน

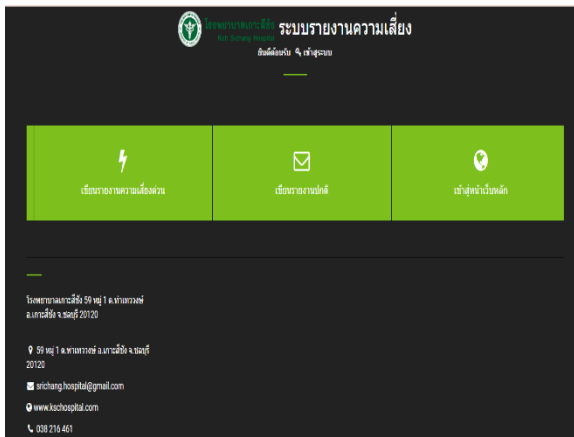
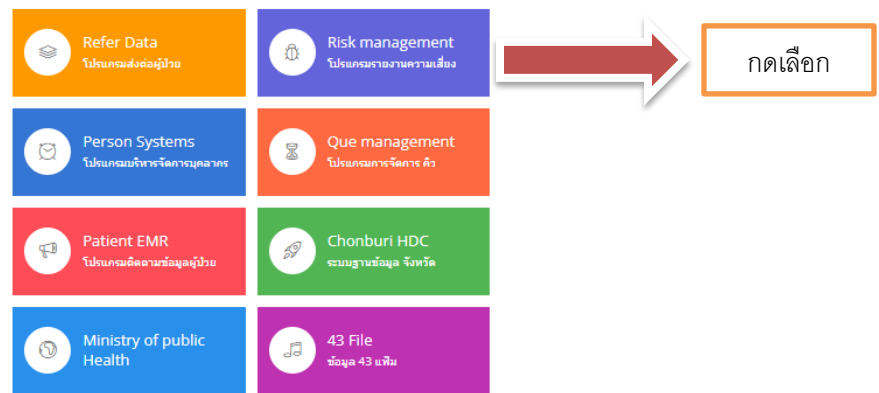
## ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลเกาสีซัง (Risk Management)

### ๑. การเข้าใช้งานโปรแกรม

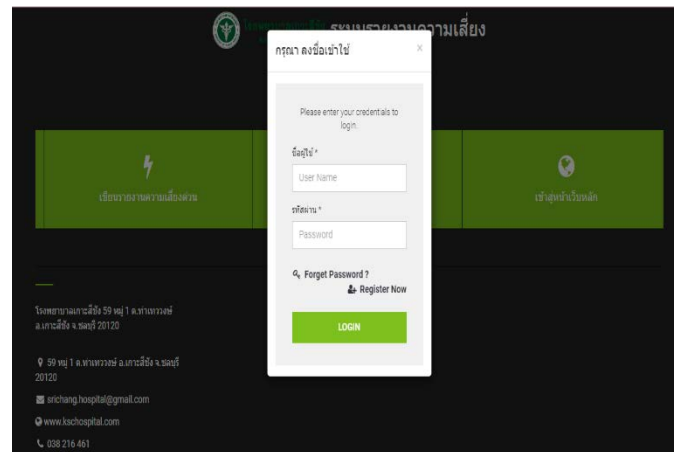
- เข้าหน้าเว็บไซต์ของโรงพยาบาลเกาสีซัง และเลื่อนลงมา ระบบในองค์กร กดเข้าไปใน Risk Management
- เข้าสู่ระบบผ่านหน้าเว็บ Internet Web Browser ต่าง ๆ (เช่น Google Chrome) ผ่านเว็บไซต์

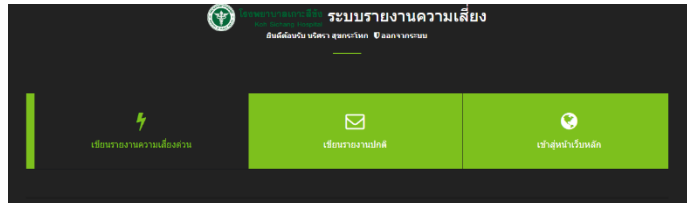
<https://www.kschospital.go.th>

#### ระบบในองค์กร

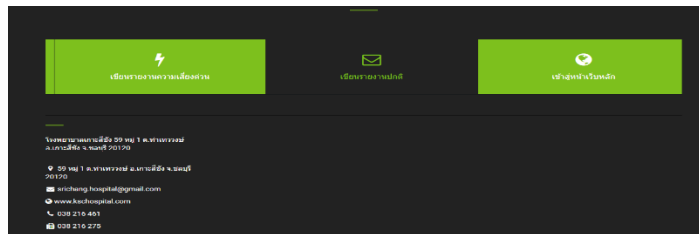
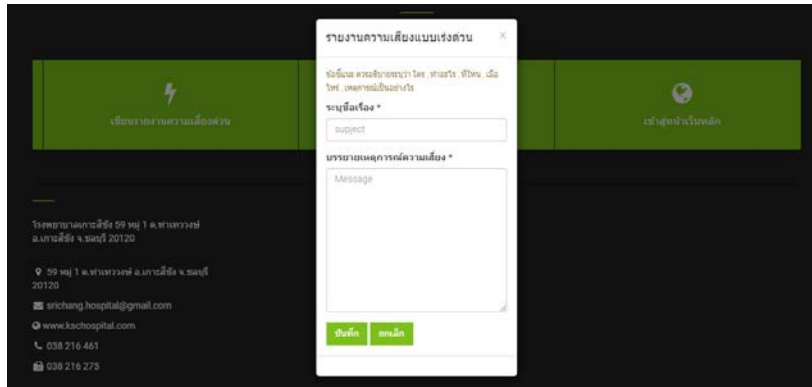


กดเข้าสู่ระบบ  
ใช้รหัสเดียวกับ  
การเข้า Hosxp

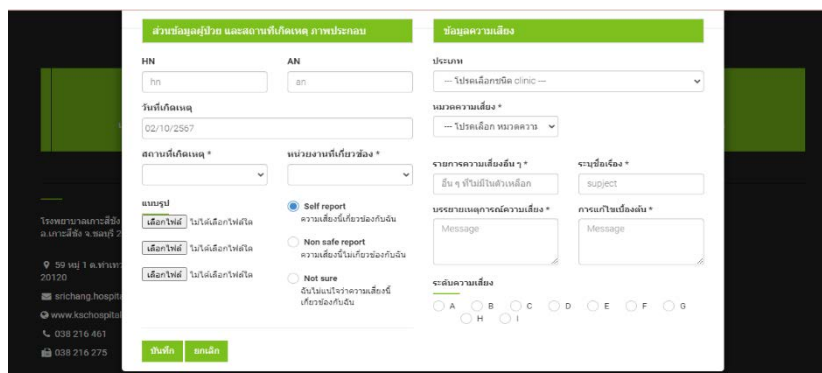




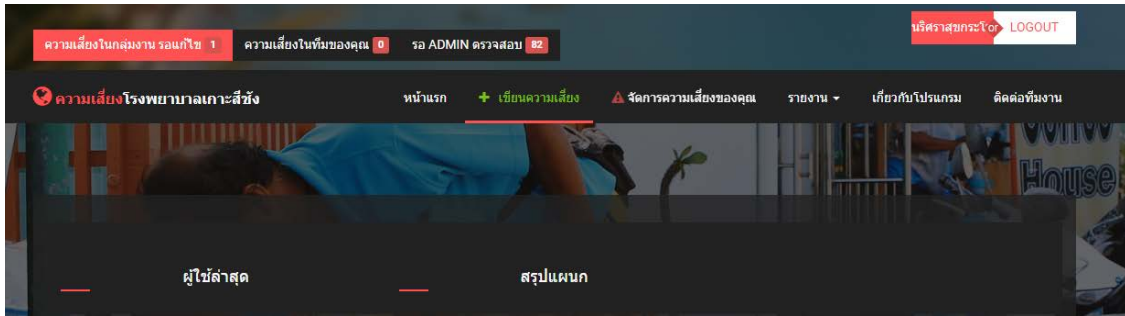
เขียนรายงานเร่งด่วน กดเลือก  
พิมพ์อุบัติการณ์ความเสี่ยงและกด  
บันทึก



เขียนรายงานความเสียหายปกติ ลงข้อมูล  
ให้ครบทุกช่องและกดบันทึกข้อมูล



๒. เมื่อบันทึกข้อมูลเสร็จ รายงานอุบัติการณ์จะขึ้นรอ Admin ตรวจสอบ หลังจากนั้น Admin จะทำการแจ้งย้ายไปยังหน่วยงานรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการแก้ไข



๓. การเก็บรวบรวมรายงาน สามารถดูรายงานความเสี่ยงในโปรแกรมและ Admin จะทำการรวบรวมทำรายงานเพื่อแยกวิเคราะห์จำนวนอุบัติการณ์แต่ละระดับ



การกวดูรายงาน สามารถค้นหาตาม  
คำค้นได้แต่ละโปรแกรม

## บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)

หน่วยงาน.....โรงพยาบาลเกาะสีชัง ประจำปี .....

จัดทำรายการความเสี่ยง=ความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน (ค้นหาทั้งความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น: ยังไม่เกิด และความเสี่ยง/อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว) วิเคราะห์ ประเมินความเสี่ยง และการจัดระดับความเสี่ยง (ประเมินโอกาสเกิด ผลกระทบ จัดระดับความสำคัญตามตาราง risk matrix และนำมาวางมาตรการป้องกัน/แก้ไข เรียงลำดับตาม Risk level จากสูงมากไปต่ำ เติมสีเพื่อแยกให้ชัดเจน \*สีเขียว=ต่ำ Low risk, สีเหลือง=ปานกลาง moderate risk, สีส้ม=สูง high risk, สีแดง= สูงมาก Extreme

Risk Identification		Risk Analysis			Risk Treatment Plan		Risk Owner	Risk Status
Risk Title	Description	Likelihood (1-5) โอกาสความถี่	Impact (1-5) ความรุนแรง	Risk Level 1-25 ผลรวม	Prevention (มาตรการป้องกัน)	Risk Monitor (การติดตามและควบคุม)		
<b>ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical risk)</b>								
<b>ความเสี่ยงด้านทั่วไป (Non-clinical risk)</b>								

## แบบบันทึกการวิเคราะห์หาสาเหตุราก (Root cause analysis: RCA)

RCA เรื่อง.....

หน่วยงาน.....วันที่เกิดเหตุการณ์.....วันที่พบทวน.....

ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์  เวิร์เช้า  เวิร์บ่าย  เวิร์ดึก

เกิดขึ้นกับผู้ป่วย HN ..... AN.....

ระดับความรุนแรงด้าน clinic  A  B  C  D  E  F  G  H

ระดับความรุนแรงด้าน non clinic  ๑  ๒  ๓  ๔

ระดมสมองเพื่อหาสาเหตุของปัญหา โดย

RCA ในหน่วยงาน  RCA ระหว่างหน่วยงาน  RCA โดย

คณะกรรมการ.....

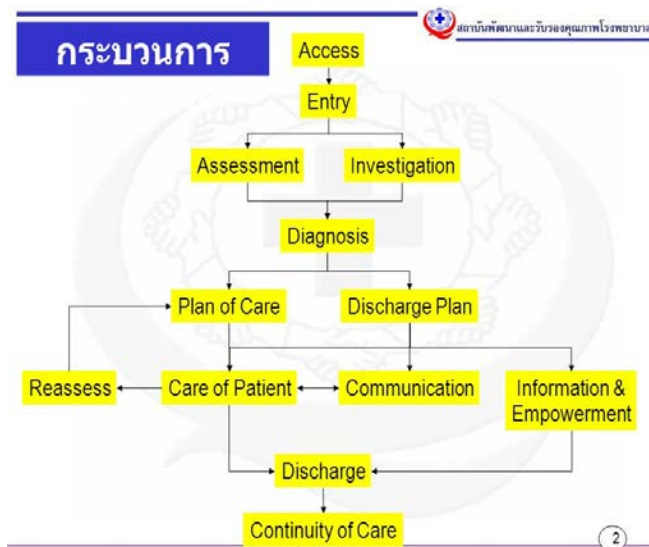
๑.ประเด็นความเสี่ยง (เสียชีวิต, Revisit, อาการทรุดลง, unplan events ฯลฯ)

.....  
.....

๒.โรค / ภาวะแทรกซ้อน

.....

๓.เกิดขึ้นในขั้นของกระบวนการดูแลผู้ป่วย



- Access
- Entry
- Assessment
- Investigate
- Diagnosis
- Plan of care
- Discharge Plan
- Reassess
- Care of patient
- Communication
- Information & Empowerment
- Discharge
- Continuity of care

๔. ขั้นตอนการวิเคราะห์โดยใช้เครื่องมือ

Fish bone

Mind map

Tree diagram

อื่น ๆ.....

๕. สรุปการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา

สาเหตุรากเหง้าของ ปัญหา (root cause)	แนวทางแก้ไข	ตัวชี้วัด	ความถี่ในการ ติดตามตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ

๖. ผู้ร่วมวิเคราะห์ ประกอบด้วย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อหัวหน้าทีม..... วันที่.....

ตัวอย่างการวิเคราะห์การทำ RCA โดยใช้ 7 Contribute Factors

