

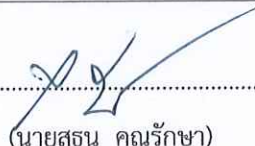





โรงพยาบาลบางปะกง

QM-RM-02

คู่มือบริหารความเสี่ยง

จัดทำโดย/ ผู้รับผิดชอบ	 (นางสาวธัญชนก รัตนประสาท)	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
ผู้ทบทวน	 (นางสาวนิตยา ยวงเดชกล้า)	ผู้จัดการคุณภาพ
ผู้อนุมัติ	 (นายสุธرن คุณรักษา)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะกง
ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ 3 จำนวนหน้าทั้งหมด 24 หน้า		
วันที่ประกาศใช้ 15 มีนาคม 2566		
ประเภทเอกสาร <input checked="" type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม		

	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 1/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

คำนำ

ระบบบริหารความเสี่ยงเป็นระบบงานที่สำคัญต่อองค์กร ที่ส่งเสริมความปลอดภัยต่อชีวิต ทรัพย์สินของผู้มารับบริการ ญาติ และบุคลากรในหน่วยงานนั้นๆ การเกิดความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์อาจนำไปสู่การฟ้องร้อง และการเรียกร้องค่าเสียหายเป็นจำนวนมาก และขาดการเชื่อมั่นในการมารับบริการ ทีมบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลบางปะกง ได้มุ่งมั่นพัฒนาระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงให้เกิดเป็นรูปธรรมตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยกำหนดนโยบาย กำหนดแนวทางปฏิบัติ (Patient Safety Goals) เพื่อก่อให้เกิดการตื่นตัว และตระหนักในความสำคัญเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ลดการขัดแย้งข้อร้องเรียนด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล


คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจึงจัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงและปรับปรุงเพื่อให้ทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลง บุคลากรในองค์กรสามารถนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป.

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลบางปะกง

ธันวาคม 2565




	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 2/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

สารบัญ

	หน้า
พันธกิจทีมบริหารความเสี่ยง	3
นโยบาย	3
เป้าหมาย	3
คำจำกัดความ (Definition)	3
ประเภทความเสี่ยง	5
ระบบบริหารความเสี่ยง	5
โครงสร้างการจัดองค์กรการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล	6
การระบุความเสี่ยง (Risk Identification)	7
การวิเคราะห์ความเสี่ยง(Risk Analysis)	7
การประเมินน้ำหนักความเสี่ยง (Risk Assessment)	9
ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทั่วไป	11
การรับมือกับความเสี่ยง	12
การติดตามและการทบทวนความเสี่ยง(Risk Monitoring & Review)	13
การจัดการเพื่อป้องกันความเสี่ยง (Risk Management)	14
การจัดการอุบัติการณ์	15
ขั้นตอนการรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์	18
การรายงานความเสี่ยงทาง HRMS on cloud	19
แบบฟอร์มต่างๆในการรายงานอุบัติการณ์	21
เอกสารอ้างอิง	24



	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 3/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

1. พันธกิจทีมบริหารความเสี่ยง

ประสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลตั้งแต่กำหนดนโยบาย จัดทำโปรแกรมบริหารความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ ประสานหน่วยงาน หรือทีมคร่อมสายงาน เพื่อกำหนดมาตรการแก้ไขเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นให้มีประสิทธิภาพ วิเคราะห์รวบรวมข้อมูล ประเมินผลการดำเนินการ แก้ไขความเสี่ยง รวมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยงของโรงพยาบาล

2. นโยบาย

นโยบายการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลบางปะกง

- กำหนดให้ความปลอดภัยเป็นเป้าหมายหลักในการให้บริการ โรงพยาบาลเป็นสถานที่ปลอดภัยต่อผู้รับบริการ ญาติ และเจ้าหน้าที่
- เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบและปฏิบัติตามแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety Culture)
- เจ้าหน้าที่ทุกคนทุกหน่วย ทีมคร่อมสายงาน ต้องมีการบริหารความเสี่ยงโดย : การค้นหา ประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง กำหนดมาตรการ และติดตาม/ประเมินผล เผื่อระวังความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง
- จัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงานให้เป็นปัจจุบัน
- ทุกหน่วยงาน ทุกทีมคร่อมสายงานต้องมีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจาก 12 กิจกรรม ทบทวนกิจกรรม การทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ trigger tool และเครื่องมืออื่นๆ
- การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องปฏิบัติ เมื่อพบเห็นอุบัติการณ์
- ทุกหน่วยงานจะต้องมีการสรุปรายงานอุบัติการณ์ทุกๆ เดือนเข้าระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลแม้ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น
- เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องผ่านการอบรมเรื่องบริหารความเสี่ยงอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง

3. เป้าหมาย

เพื่อสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน


4. คำจำกัดความ (Definition)

1. ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) โอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์ (Incident) มีลักษณะดังนี้

- การบาดเจ็บเสียหาย (harm) หมายถึงความรวมถึง การถูกทำร้าย, การทำร้ายจิตใจ, ความเจ็บป่วย, การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ, การสูญเสีย, การถูกกลั่นแกล้ง, การรบกวน, การมีบาดแผล
- เหตุร้าย (hazard) หมายถึง การเกิดภัยอันตราย, ภาวะยากลำบาก, และความไม่มั่นคง
- อันตราย (danger) หมายถึง ความรู้สึกถูกคุกคาม, ความอ่อนแอ
- ความไม่แน่นอน (uncertain) หมายถึง สิ่งที่ไม่สามารถ, น่าสงสัย, คาดการณ์ไม่ได้, ทำนายไม่ได้, ไม่แน่ใจ
- การ expose (exposure) หมายถึง ความหวาดกลัวที่จะถูกนำเสนอ, ถูกเปิดเผย, เผยความลับ, รวมทั้งการแปลความที่ผิดพลาด

2. การบริหารความเสี่ยง (Risk management) หมายถึง การจัดการในเรื่องการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการ ประเมินผล รวมทั้งการดำเนินการเพื่อป้องกันความเสี่ยงและการจัดการเมื่อเกิดปัญหา



	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 4/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

3. **อุบัติการณ์ (Incident)** หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนอกเหนือความคาดหมายจากการทำงานตามปกติ ก่อให้เกิดความสูญเสีย
4. **บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)** หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้รับผิดชอบ / หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้นโดยอาศัยการเรียนรู้ จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีตและหน่วยงานอื่นๆ ตลอดจนการทบทวนต่างๆ การวิเคราะห์ความเสี่ยงจาก กระบวนการทำงานและการสำรวจภายในหน่วยงานของตนเอง เพื่อหาประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวังทั้ง ในระดับหน่วยงาน ทีมคร่อมสายงานและระดับโรงพยาบาล
5. **เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event)** หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งเกิดจากการรักษาและไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติเดิม ของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการรักษานานขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรือเกิดความพิการตามมา ลักษณะของสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การบาดเจ็บ เหตุร้าย ภัยอันตราย การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ความไม่แน่นอน การถูกเปิดเผย เป็นต้น
6. **เหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel Event)** หมายถึง เหตุการณ์สำคัญ รุนแรงและไม่พึงประสงค์เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดหมาย อาจมีผลต่อชีวิต ร่างกาย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะของผู้ป่วย หรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ต้องรายงานด้วยวาจาทันที และบันทึก รายงานอุบัติการณ์ภายใน 24 ชม. ได้แก่
 - SE 1. ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (Suicide of a Patient) ในโรงพยาบาล
 - SE 2. ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการให้เลือดผิดคนหมู่ (Death by Transfusion Error)
 - SE 3. การผ่าตัดผิดตำแหน่ง/ ผิดประเภท/ ผ่าตัดผิดคน/ ผิดข้าง (Wrong Site, Wrong Procedure/ Surgery, Wrong Patient)
 - SE 4. ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือสูญเสียหน้าที่การท างานของร่างกายหรือมีภาวะทุพพลภาพอย่างถาวรโดยไม่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินงานของโรคหรือการเจ็บป่วยในขณะนั้น - ผู้ป่วยได้รับผลกระทบหรือความเสียหายอาจถึงกับพิการหรือเสียชีวิตอันเป็นเหตุความบกพร่องของ อุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ รวมถึงจากบุคลากรทางการแพทย์/ - กระบวนการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การผ่าตัด/หัตถการต่างๆ การพลัดตกหกล้ม (Fall) การถูกยึดตรึง (Restraint) ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) และความล่าช้าในการรักษา (Delay Treatment) เป็นต้น
 - SE 5. การมีสิ่งของ อนุกรมตกค้างอยู่ร่างกายผู้ป่วย (Retained Foreign Object after Surgery)
 - SE 6. การทำร้ายร่างกาย/ข่มขืนหรือล่วงเกินทางเพศ/ฆาตกรรมในโรงพยาบาล (Assault/ Rape/ Homicide)
 - SE 7. การลักพาตัวทารก (Infant Abduction)/ การส่งมอบทารกผิดครอบครัว (Infant who was sent home with the wrong parents) ผู้ป่วยหนีหรือหายไปจากหอผู้ป่วยหาไม่พบ
 - SE 8. อุบัติเหตุกลุ่มชนที่ต้องประกาศสถานการณ์ อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย วิกฤติภัย ที่ส่งผลเสียต่อทรัพย์สินอย่าง รุนแรง
 - SE 9. เกิดโรคติดต่อ/โรคระบาด/โรคอุบัติใหม่ เช่น SAR, H1N1, MERS, COVID-19 เป็นต้น
 - SE 10. อุบัติเหตุรถฉุกเฉิน/รถพยาบาล จนมีเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติ ได้รับการบาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต
 - SE 11. อุบัติเหตุทางกายภาพ เช่น เกิดแก๊ส หม้อน้ำระเบิด หรือเกิดเหตุร้ายแรงกับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติ จนได้รับ บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต
 - SE 12. เกิดการฟ้องร้องเรียกค่าชดเชยจากโรงพยาบาล จนต้องใช้ ม.41
 - SE 13. อุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการเสียชื่อเสียง หรือฟ้องร้อง หรือมีการเผยแพร่เหตุการณ์ความเสี่ยงทางสังคมออนไลน์ หรือมีสื่อมวลชนเข้ามาเกี่ยวข้อง



	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 5/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

7. การวิเคราะห์สาเหตุราก (Root Cause Analysis) หมายถึง การวิเคราะห์เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถพัฒนา แนวทางแก้ไขป้องกันได้อย่างเหมาะสมและตรงกับสาเหตุที่แท้จริง โดยมีวิธีการที่หลากหลายที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์

8. ใบรายงานอุบัติการณ์ หมายถึง แบบฟอร์มที่ใช้ในการรายงานความเสี่ยงที่ได้กำหนดขึ้นสำหรับโรงพยาบาลบางปะกง ประกอบด้วย ส่วนของข้อมูลและตัวช่วยในการประเมิน ซึ่งเป็นช่องทางหนึ่งในการรายงานความเสี่ยง

ประเภทความเสี่ยง

1. ความเสี่ยงทั่วไป (Non Clinic Risk) ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม อัคคีภัย เครื่องมือ ข้อร้องเรียน น้ำไม่ไหล ไฟดับ ท่อน้ำแตก โปรแกรม hos.xp. ใช้ไม่ได้ เป็นต้น

2. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) ความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันมีเหตุเกิดจากกระบวนการหรือกิจกรรมการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

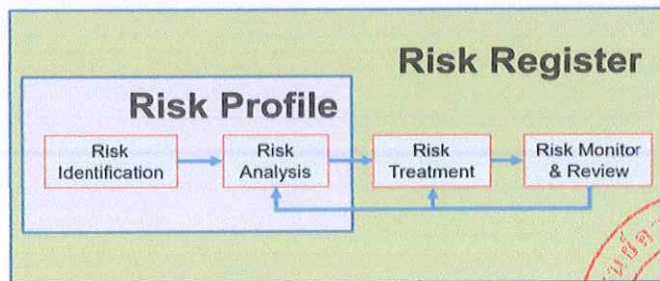
2.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk) เหตุการณ์หรือการดูแลรักษาที่อาจเกิดอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยทั่วไปรายใดก็ได้ไม่จำเพาะโรค

2.2 ความเสี่ยงเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk) ความเสี่ยงใดๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและอาจเกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือเสียชีวิตโดยระบุจำเพาะ โรคและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับโรคนั้นๆ

ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk management System) หมายถึง กระบวนการค้นหา วิเคราะห์ และควบคุมความเสี่ยง โดยมุ่งเน้นการประกันความสูญเสียจากการที่ผู้รับบริการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากแพทย์และโรงพยาบาลเป็นหลัก

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

Risk Register เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ทำให้เป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต มีการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง (ดังแผนภาพ)




Risk profile เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสี่ยง วิเคราะห์สิ่งคุกคามที่องค์กรเผชิญ

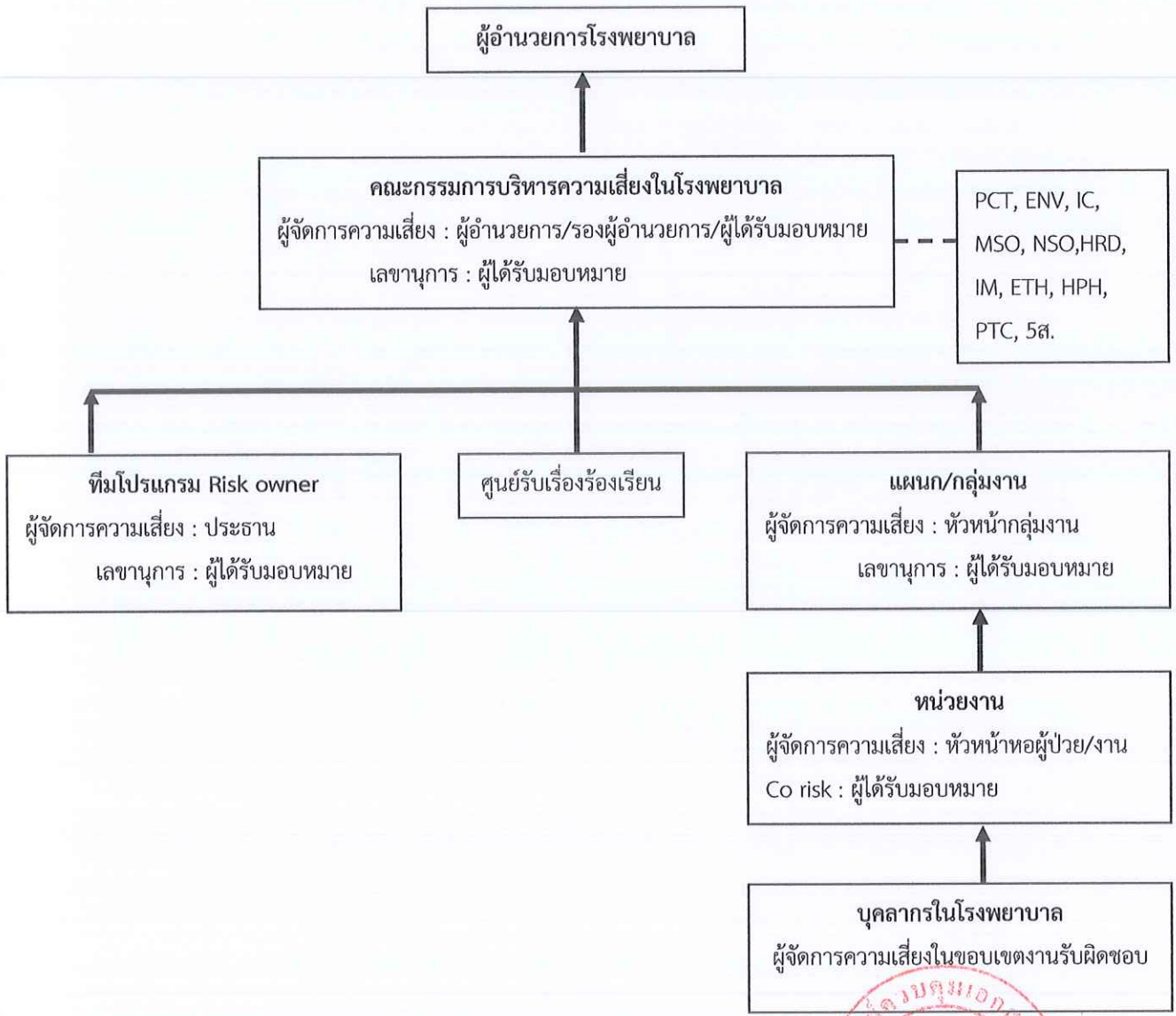
การบริหารความเสี่ยง เป็นกลยุทธ์เชิงรุกเป็นกระบวนการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การระบุความเสี่ยง (Risk Identification)
2. การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis)
3. การรับมือกับความเสี่ยง (Risk Treatment)
4. การติดตามและทบทวนความเสี่ยง (Risk Monitor & Review)




	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 6/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

โครงสร้างการจัดองค์กรการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล



หมายเหตุ :		
PCT=ทีมดูแลผู้ป่วย	ENV = ทีมสิ่งแวดล้อมความปลอดภัย, ทีมเครื่องมือ	IC = ทีมควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
MSO = ทีมองค์กรแพทย์	NSO = ทีมองค์กรพยาบาล	HRD = ทีมพัฒนาทรัพยากรบุคคล
IM = ทีมเทคโนโลยีและสารสนเทศ	ETH = ทีมสิทธิจริยธรรม	HPH = ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ, PCT
PTC = ทีมความปลอดภัยเคลื่อนที่ทางยา	5 ส. = ทีม 5ส. , ENV	

	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 7/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

1. การระบุความเสี่ยง (Risk Identification)

1.1 การค้นหาจากอดีต เช่น ศึกษาความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา เรียนรู้จากประสบการณ์ หรือความผิดพลาดของคนอื่น ทบทวนข้อร้องเรียน

1.2 การศึกษาจากการสำรวจสภาพการณ์ในปัจจุบัน มี 2 ประเภท คือ

1.2.1 การค้นหาเชิงรุกจากการตรวจสอบ เช่น ENV Round, IC Round, Risk Round, การทบทวนเวชระเบียนการค้นหาจากกระบวนการทำงาน

1.2.2 การค้นหาเชิงรับจากรายงานต่างๆ เช่น รายงานอุบัติการณ์ รายงานเวรตรวจการ บันทึกประจำวันของหน่วยงาน เป็นต้น

1.3 การจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk Profile)

1.4 การจัดบัญชีความเสี่ยงเข้าโปรแกรมความเสี่ยง เพื่อแยกเป็นหมวดหมู่ สะดวกในการวิเคราะห์ แก้ไข ปรับปรุง

ตัวอย่าง ระบบบันทึกข้อมูลที่ควรนำมาใช้ในการค้นหาความเสี่ยงของหน่วยงาน

บันทึกที่เกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพ	บันทึกเหตุการณ์
บันทึกการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน เช่น เครื่องมือสำคัญๆ	อุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วย
รายงานการตรวจสอบเพื่อป้องกันอัตราก้าวหน้า	อุบัติการณ์ที่เกิดกับเจ้าหน้าที่
รายงานยาเสพติด	ความผิดพลาดในการให้ยา
บันทึกการควบคุมคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ	รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล
การควบคุมคุณภาพอาหาร	รายงานผู้ป่วยสูญหาย
รายงานด้านการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่	บันทึกประจำวันหน่วยงาน
รายงานด้านอาชีวอนามัย	รายงานเวรตรวจการ
รายงานการตรวจสอบความปลอดภัยในการทำงานของเจ้าหน้าที่	รายงานหน่วยรักษาความปลอดภัย

การวิเคราะห์ความเสี่ยง(Risk Analysis) ระดับความเสี่ยงด้านคลินิก “ ง่ายมาก ”

A เกิดที่นี่ B เกิดที่ไหน C เกิดกับใคร D ให้ระวัง E ต้องรักษา
 F เยียวยานาน G ต้องพิจารณา H ต้องการป้อน I จำใจลา

ระดับความเสี่ยงทางคลินิกในโรงพยาบาล มีดังนี้

ระดับ A คือ เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน ให้จำว่า..เกิดที่นี่

ระดับ B คือ เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย ให้จำว่า..เกิดที่ไหน

ระดับ C คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย ให้จำว่า..เกิดกับใคร

ระดับ D คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องเฝ้าระวังต่อ ให้จำว่า..ให้ระวัง

ระดับ E คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา ให้จำว่า..ต้องรักษา


ระดับ F คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องนอน รพ.นานขึ้น ให้จำว่า..เยียวยานาน

ระดับ G คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย ให้จำว่า..ต้องพิจารณา

ระดับ H คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต ให้จำว่า..ต้องการป้อน

ระดับ I คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ให้จำว่า..จำใจลา




	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 8/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

ตารางแสดง การจัดระดับความรุนแรง จากระดับผลกระทบของอุบัติการณ์ (ทั้ง Near miss และ Miss)

ระดับความรุนแรง	ระดับผลกระทบ	ผลกระทบ			
		บุคคล	ทรัพย์สิน	ระบบงาน	ชื่อเสียง
1 (น้อยมาก)	A เกิดขึ้น	“ดักจับได้” โดยหน่วยงานก่อนที่จะไปถึงผู้ป่วย/บุคลากร	ทรัพย์สินไม่เสียหาย	ไม่มีผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน	สำรวจความพึงพอใจคะแนนลดต่ำลงเล็กน้อย
	B เกิดที่ไหน	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแต่สามารถตรวจพบได้ก่อน ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย/บุคลากร	ทรัพย์สินไม่เสียหาย	ไม่มีผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน	สำรวจความพึงพอใจคะแนนลดต่ำลงมากยังไม่เสนอแนะ
2 (น้อย)	C เกิดกับใคร	“ส่งผลกระทบ” ถึงผู้ป่วยบุคลากร แต่ไม่ได้รับอันตราย	ทรัพย์สินเสียหายเล็กน้อยมูลค่าความเสียหายไม่เกิน 1,000 บาท	เริ่มมีผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน แก้ไขภายในหน่วยงาน ผลเป็นที่น่าพอใจ	แสดงพฤติกรรมไม่พอใจหรือเสนอแนะปรับปรุง
	D ให้ระวัง	ต้องมีการเฝ้าระวังเพิ่มเติมเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า > 1,000-5,000 บาท	ภารกิจหยุดชะงักชั่วคราว ต้องมีการเฝ้าระวัง แก้ไขภายในหน่วยงาน และต้องมีการปรับระบบงานภายใน	ถูกร้องเรียนภายใน รพ. ระบุชื่อ ยังไม่แพร่กระจายออกนอก รพ.
3 (ปานกลาง)	E ต้องรักษา	เกิดอันตราย (harm) ชั่วคราว “ต้องมีการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม ”	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า >5,000-10,000 บาท	มีผลกระทบต่อหน่วยงาน ต้องวิเคราะห์สาเหตุ ปรับระบบงานภายในร่วมกัน	บุคคลภายนอกหน่วยงาน เริ่มทราบเรื่อง อาจเกิดการเสียชื่อเสียงของรพ.แต่ควบคุมได้
	F เสียหายนาน	เกิดอันตราย (harm) เป็นการชั่วคราว “ต้องรับไว้ในนอนโรงพยาบาลหรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น”	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า >10,000-20,000 บาท	มีผลกระทบต่อหน่วยงาน ต้องวิเคราะห์สาเหตุ ปรับระบบงานที่สำคัญ ร่วมกับทีมนำ	มีบุคคลภายนอกทราบเรื่อง มีแนวโน้มจะเกิดการร้องเรียน
4 (สูง)	G ต้องพิจารณา	เกิดความสูญเสีย(harm) เป็น “อันตรายถาวร” เช่น สูญเสียอวัยวะ/พิการ	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า > 20,000-50,000 บาท	มีผลกระทบต่อชุมชน แก้ปัญหาระดับ รพ.	เกิดการร้องเรียนขึ้นในชุมชน
	H ต้องการป้ม	“อันตรายเกือบเสียชีวิต ” เช่น การแพ้ anaphylaxis หัวใจหยุดเต้น ต้องช่วย CPR	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า > 50,000-100,000 บาท	เกิดผลกระทบต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม แก้ปัญหาระดับโรงพยาบาล	มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง และ เรียกค่าเสียหาย
5 (สูงมาก)	I จำใจลา	เสียชีวิต	ทรัพย์สินเสียหายมากกว่า 100,000 บาท	เกิดผลกระทบต่อสาธารณะ ออกข่าวผ่านสื่อ แก้ปัญหาระดับโรงพยาบาล	เกิดการฟ้องร้อง



	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 9/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

2.การประเมินน้ำหนักความเสี่ยง (Risk Assessment)

การประเมินความเสี่ยงจะครอบคลุมตั้งแต่การตอบสนองของเจ้าหน้าที่ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การจัดการกับการเรียกร้องค่าเสียหาย ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารความเสี่ยง การประมวลผลข้อมูลความเสี่ยง

ตารางแสดง ระดับโอกาสในการเกิดเหตุการณ์ต่างๆ (Likelihood) เชิงปริมาณ

ระดับ	โอกาสที่จะเกิด	คำอธิบาย
1	น้อยมาก (Rare : ไม่เชื่อว่าจะเกิดได้)	1 ครั้ง / 5 ปี
2	น้อย (Unlikely : ไม่คาดว่าจะเกิด)	1 ครั้ง / 2-4 ปี
3	ปานกลาง (Possible : เป็นครั้งคราว)	1 ครั้ง / 1 ปี
4	สูง (Likely : บ่อย)	1-5 ครั้ง / 6 เดือน
5	สูงมาก (Frequent : บ่อยมาก)	มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง/ เดือน

ตารางแสดง ระดับโอกาสในการเกิดเหตุการณ์ต่างๆ (Likelihood) เชิงคุณภาพ

ระดับ	โอกาสที่จะเกิด	คำอธิบาย
1	น้อยมาก (Rare : ไม่เชื่อว่าจะเกิดได้)	มีโอกาสดังกล่าวในกรณียากเย็น
2	น้อย (Unlikely : ไม่คาดว่าจะเกิด)	มีโอกาสดังกล่าวแต่ไม่บ่อยครั้ง
3	ปานกลาง (Possible : เป็นครั้งคราว)	มีโอกาสดังกล่าวบางครั้ง
4	สูง (Likely : บ่อย)	มีโอกาสดังกล่าวค่อนข้างสูงหรือบ่อยๆ
5	สูงมาก (Frequent : บ่อยมาก)	มีโอกาสดังกล่าวเกือบทุกครั้ง

แนวทางปฏิบัติ


- วิเคราะห์โอกาสที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นอุบัติการณ์ (Likelihood)
- วิเคราะห์ผลกระทบหรือความรุนแรงของอุบัติการณ์หากเกิดขึ้น (Consequence)
- ประเมินการโดยให้คะแนน 1-5 (1=ต่ำสุด, 3=ปานกลาง, 5=สูงสุด) คูณคะแนนทั้งสองเข้าด้วยกันเป็นระดับความเสี่ยง (Risk Level)
- พิจารณาลำดับความสำคัญของ Risk ทั้งหมด

$$\text{Risk Level} = \text{Consequences} \times \text{Likelihood}$$

โอกาสเกิด (Likelihood)

- ทบทวนความเสี่ยงทั้งหมดจากประสบการณ์ของทุกคน
 - อะไรคือความเสี่ยงที่มีโอกาสพบบ่อยที่สุด และควรอยู่ในกลุ่มความถี่สูงสุดเดียวกัน(5)
 - อะไรคือความเสี่ยงที่ยากที่จะพบ และควรอยู่ในกลุ่มความถี่ต่ำสุดเดียวกัน(1)



	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 10/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

• แต่ละกลุ่ม

- ระบุโอกาสที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นอุบัติการณ์ ว่าอยู่ในระดับใด (2-4)
- สรุปแนวคิดในการจัดระดับโอกาสเกิดดังกล่าว

ความรุนแรง (Consequence)

1. Negligible : มีอันตราย/บาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องการการปฐมพยาบาล หรือสิ่งที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
2. Minor : มีอันตราย/บาดเจ็บเล็กน้อย สามารถแก้ไขได้โดยง่าย อาจทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น
3. Moderate : มีอันตราย/บาดเจ็บปานกลาง ต้องการการรักษาพยาบาลหรือทำหัตถการ อาจมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายเล็กน้อยหรือชั่วคราว
4. Major : มีอันตราย/บาดเจ็บรุนแรง อาจทำให้สูญเสียอวัยวะ หรือการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างถาวร
5. Catastrophic : อุบัติการณ์นำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร


ตารางแสดง การคำนวณหาระดับความเสี่ยง (Risk Level)

โอกาสที่จะเกิด (Likelihood)	ผลกระทบความรุนแรง (Consequence)				
	1(A-B)	2(C-D)	3(E-F)	4(G-H)	5(I)
1=น้อยมาก	1	2	3	4	5
2=น้อย	2	4	6	8	10
3=ปานกลาง	3	6	9	12	15
4=สูง	4	8	12	16	20
5=สูงมาก	5	10	15	20	25

ตารางแสดง ระดับความเสี่ยง ระดับคะแนน สัญลักษณ์ และความหมายของระดับความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง	ระดับคะแนน	แทนด้วยสี	ความหมาย
ต่ำ (Low risk)	1-3	เขียว	ระดับที่ยอมรับได้ ไม่ต้องควบคุมความเสี่ยง ไม่ต้องมีการจัดการเพิ่มเติม จัดทำเป็นบัญชีความเสี่ยง ที่ต้องเฝ้าระวังเฉพาะเหตุการณ์ที่เกือบพลาดใน Sentinel event
ปานกลาง (Moderate risk)	4-6	เหลือง	ระดับที่ยอมรับได้ แต่ต้องควบคุมไม่ให้เคลื่อนย้ายไปสู่ระดับที่สูงขึ้น
สูง (High risk)	8-12	ส้ม	ระดับที่ยอมรับไม่ได้ ต้องควบคุมและจัดการความเสี่ยงเพื่อให้ลดลงสู่ระดับที่ยอมรับได้
สูงมาก (Extreme risk)	15-25	แดง	ระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องเร่งจัดการควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ทันที



	โรงพยาบาลบางปะกง Quality Manual : QM		สำนวนหมายเลข :	หน้า: 11/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทั่วไป มี 4 ระดับ คือ

ระดับ 1 : Near Miss เป็นเรื่องปกติ อาจก่ออันตรายหรือสร้างความรำคาญ ยังไม่เกิดความเสียหาย หรือมีโอกาสสูญเสียทรัพย์สินแต่ยังไม่สูญเสีย

ระดับ 2 : Low Risk ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (10,000 บาท) หรือเสียชื่อเสียงต่อโรงพยาบาลอย่างรุนแรง ไม่สามารถแก้ไขได้ หรือผู้ป่วยไม่พอใจอย่างมาก ต้องให้โรงพยาบาลรับผิดชอบโดยฟ้องร้องผ่านองค์กรภายนอก

ระดับ 3 : Moderate Risk ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (10,000 – 50,000 บาท) ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาได้ แต่ต้องสูญเสียบางอย่างไป หรือผู้ป่วยไม่พอใจต้องให้ โรงพยาบาลรับผิดชอบโดยแจ้งหัวหน้างาน หรือผู้อำนวยการโดยตรง

ระดับ 4 : High Risk ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (> 50,000 บาท) หรือเสียชื่อเสียงต่อโรงพยาบาลอย่างรุนแรง ไม่สามารถแก้ไขได้ หรือผู้ป่วยไม่พอใจอย่างมาก ต้องให้โรงพยาบาลรับผิดชอบโดยฟ้องร้องผ่านองค์กรภายนอก

Risk Matrix


Risk Assessment matrix			ความถี่ที่เกิดขึ้น				
			ต่ำมาก/น้อยมาก	ต่ำ/น้อย	ปานกลาง	สูง/บ่อย	สูงมาก/บ่อยมาก
			1	2	3	4	5
ผล กระทบ และ ความ รุนแรง	สูงมาก/ หายาก I	5	5	10	15	20	25
	สูง /วิกฤต G,H	4	4	8	12	16	20
	ปานกลาง E,F	3	3	6	9	12	15
	ต่ำ/น้อย B,C,D	2	2	4	6	8	10
	น้อยมาก A	1	1	2	3	4	5

ระดับของความเสี่ยง

ตารางการแก้ไข Risk Matrix

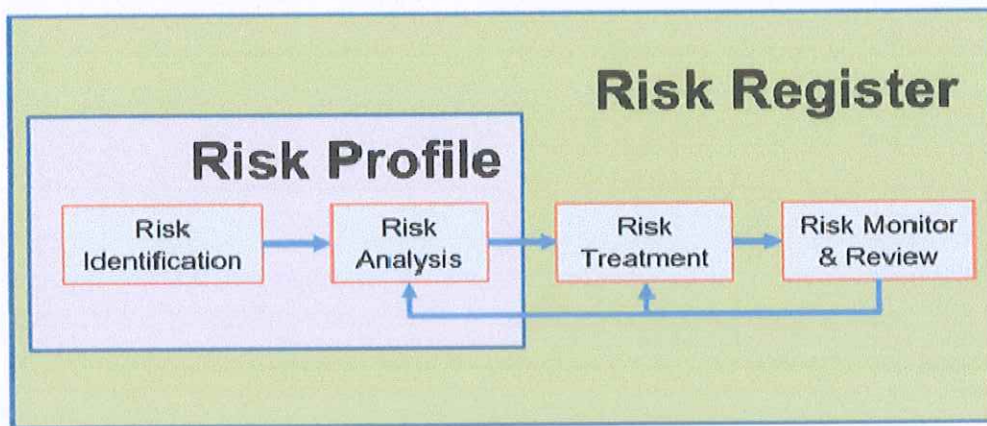
ระดับสี	ระดับความเสี่ยง	ระดับการแก้ไข
1-2	Very low	ดำเนินการแก้ไข กำหนดแนวทาง/นโยบาย ป้องกันความเสี่ยง
3-4	Low	ดำเนินการแก้ไข
5-10	Medium	ดำเนินการแก้ไข ร่วมกับทีมคุณภาพ
11-19	High	ดำเนินการแก้ไข ร่วมกับทีมคุณภาพ/คณะกรรมการบริหาร รพ.
20-25	Very high	ดำเนินการแก้ไขด่วน กำหนดนโยบายป้องกันการเกิดซ้ำ



	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข : หน้า: 12/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน		
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง			

การรับมือกับความเสี่ยง (Risk Treatment)

เป็นกระบวนการในการลดความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk modification process) ประกอบด้วยทางเลือกทางเสี่ยงและการนำทางเสี่ยงไปปฏิบัติ



Risk Treatment Plan


- Risk prevention : กำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม
- Risk monitoring : ติดตามตัวชี้วัดหรือข้อมูลเพื่อตรวจจับโอกาสเกิดอุบัติเหตุ หรือ รับทราบสถิติการเกิดอุบัติเหตุ
- Risk Mitigation : การทุเลาความเสียหายเมื่อเกิดอุบัติเหตุ

Quality Improvement Plan (QI Plan) : หาคำตอบที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในการป้องกันอุบัติเหตุ

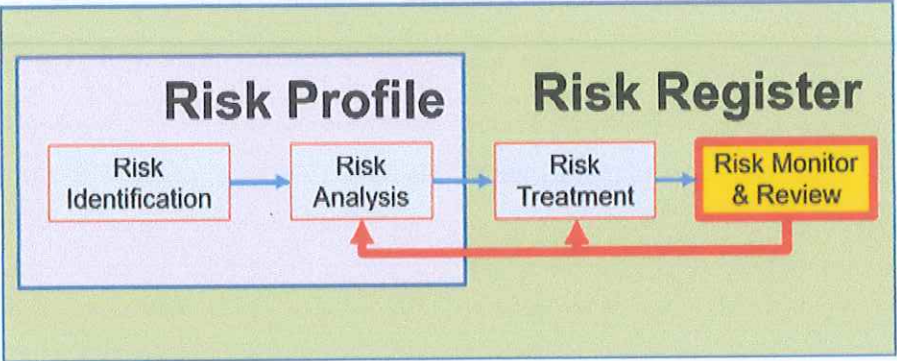
Risk Treatment Plan

1. Prevention : มาตรการป้องกันที่ควรมี ได้แก่อะไรบ้าง
2. Monitor : การ monitor เพื่อรับรู้ความเสี่ยงเรื่องนี้มีอะไรบ้าง
 - อัตราการเกิดอุบัติเหตุ
 - Process indicator (leading indicator)
3. Mitigation : ถ้าเกิดอุบัติเหตุขึ้น
 - อะไรคือผลที่จะเกิดขึ้นตามมาที่สำคัญ (consequence)
 - จะป้องกันหรือลดอันตราย/ความเสียหายดังกล่าวได้อย่างไร (mitigation, secondary prevention, recovery measure)
4. Improvement : มีประเด็นอะไรที่อยากจะทดลองมาตรการป้องกันเพิ่มเติม (QI plan)



	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 13/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

การติดตามและการทบทวนความเสี่ยง (Risk Monitoring & Review)



การติดตามความเสี่ยง (Risk Monitoring)

- คือการกำกับดูแล ตรวจสอบและสังเกตอย่างต่อเนื่องในสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น เพื่อประเมินว่าจะบรรลุสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่

การทบทวนความเสี่ยง (Risk Review)

- คือการพิจารณาว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเหมาะสม เพียงพอ และได้ผลในการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่


Risk owner

- คือบุคคลหรือคณะบุคคลที่ได้รับ authority เพื่อจัดการกับความเสี่ยงใดความเสี่ยงหนึ่ง และออกหน้ารับผิดชอบ (accountable) ในการทำหน้าที่ดังกล่าว

Residual risk level

- คือระดับความเสี่ยงที่เหลืออยู่หลังจากนำ Risk treatment option ไปปฏิบัติ

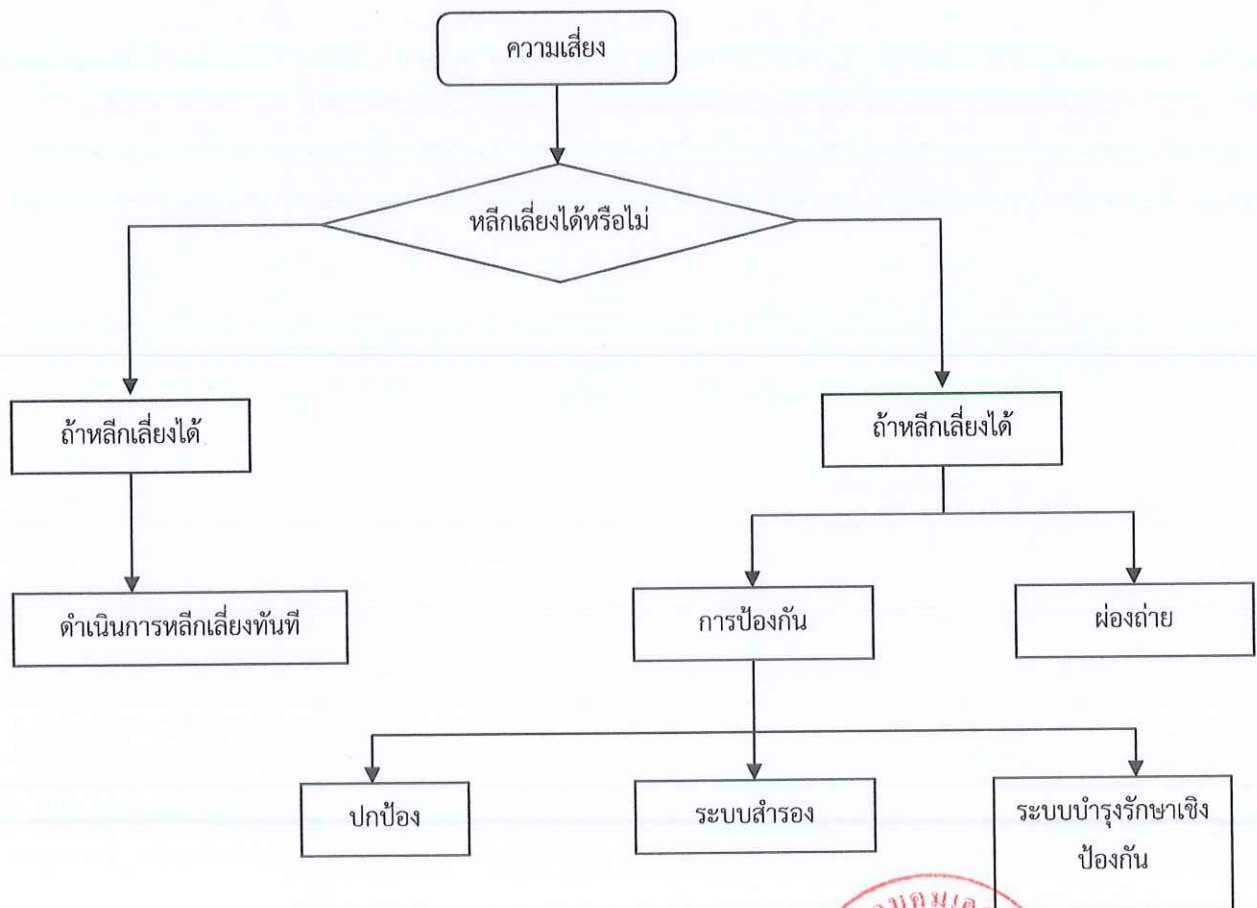



โรงพยาบาลบางปะกง  รักษาคือชีวิตเรา	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 14/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

การจัดการเพื่อป้องกันความเสี่ยง (Risk Management)

เนื่องจากความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร จุดมุ่งหมายของการบริหารความเสี่ยง คือ การรับรู้และ จำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น การบริหารความเสี่ยงทำได้ 2 แนวทาง คือ การควบคุมความเสี่ยง และการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย

การควบคุมความเสี่ยง (Risk control) เป็นความพยายามที่จะหยุด หรือลดความเสียหาย




	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 15/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

1. การจัดการอุบัติการณ์

เมื่อเกิดอุบัติการณ์/ ความเสี่ยง ผู้ประสบเหตุต้องประเมินการจัดการกับปัญหาในขั้นต้น และดำเนินการแก้ไขเบื้องต้นก่อน จากนั้นให้ดำเนินการตามระดับความรุนแรงของเหตุการณ์/ อุบัติการณ์ดังนี้

ระดับ ความสำคัญ	ความรุนแรง		การตอบโต้เหตุการณ์	
	ความเสี่ยง ทั่วไป	ความเสี่ยง ทางคลินิก	ระยะเวลารายงาน	ระดับดำเนินการ
ระดับ 1	น้อยมาก	A-B	<ul style="list-style-type: none"> •บันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งหัวหน้าหน่วยงานภายใน 48 ชม. •หน่วยงานสรุปส่งศูนย์ความเสี่ยงก่อนวันที่10 ของทุกเดือน 	<ul style="list-style-type: none"> •บุคลากรประสบเหตุ แก้ไขปัญหาหรือ/และรายงานหัวหน้าเวร และบันทึกรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงาน
ระดับ 2	น้อย	C-D	<ul style="list-style-type: none"> •บันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งหัวหน้าหน่วยงาน ภายใน 48 ชม. •หน่วยงานสรุปส่งศูนย์ความเสี่ยงก่อนวันที่10 ของทุกเดือน 	<ul style="list-style-type: none"> •บุคลากรประสบเหตุ แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และรายงานหัวหน้าหน่วยงานเพื่อร่วมวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหาในระดับหน่วยงาน •บันทึกอุบัติการณ์ส่งหัวหน้าหน่วยงาน •หัวหน้าหน่วยงานสรุปรายงานอุบัติการณ์ และการแก้ไขปรับปรุง
ระดับ 3	ปานกลาง	E-F	<ul style="list-style-type: none"> •รายงานด้วยวาจา ภายใน 24 ชม. •บันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งศูนย์ความเสี่ยง ภายใน 24 ชม.* •หน่วยงานรายงานสรุป RCA และการแก้ไขปรับปรุง ส่งศูนย์ความเสี่ยงใน 30 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> •บุคลากรประสบเหตุ แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า รายงานหัวหน้าหน่วยงาน และหัวหน้ากลุ่มงานฯ ร่วมแก้ไขปัญหาระดับกลุ่มงาน/ ทีมนำ/ PCT •หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์สาเหตุราก RCA ทบทวนปรับปรุงระบบงาน สรุปส่งศูนย์ความเสี่ยง
ระดับ 4	สูง	G-H	<ul style="list-style-type: none"> •รายงานด้วยวาจาทันที •บันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งศูนย์ความเสี่ยง ภายใน 24 ชม.* •หน่วยงานรายงานสรุป RCA และการแก้ไขปรับปรุง ส่งศูนย์ความเสี่ยงใน 14 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> •บุคลากรประสบเหตุ รายงานหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อรายงานต่อผู้อำนวยการ / ประธานความเสี่ยงด้วยวาจาทันที •บันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งศูนย์ความเสี่ยง •ทีมใกล้เคียง/ ทีมฉุกเฉินเข้าดำเนินการในทันที หรือไม่เกิน 24 ชั่วโมง •หน่วยงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์สาเหตุราก RCA ทบทวนปรับปรุงระบบงาน สรุปส่งศูนย์ความเสี่ยง
ระดับ 5	สูงมาก	I	<ul style="list-style-type: none"> •รายงานด้วยวาจาทันที •บันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งศูนย์ความเสี่ยง ภายใน 24 ชม.* •หน่วยงานรายงานสรุป RCA และการแก้ไขปรับปรุง ส่งศูนย์ความเสี่ยง ใน 7 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> •บุคลากรประสบเหตุ รายงานหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อรายงานต่อผู้อำนวยการ/ ประธานความเสี่ยง ด้วยวาจาทันที •บันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งศูนย์ความเสี่ยง •ทีมใกล้เคียง/ ทีมฉุกเฉินเข้าดำเนินการในทันที หรือไม่เกิน 24 ชั่วโมง •หน่วยงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์สาเหตุราก RCA ทบทวนปรับปรุงระบบงาน สรุปส่งศูนย์ความเสี่ยง



	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 16/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

2. การจัดการข้อร้องเรียน

1. ผู้รับข้อร้องเรียน แก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าตามแนวทางที่วางไว้ หรือตามประสบการณ์ สามัญสำนึก
2. รายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น ในกรณีแก้ไขปัญหาลำพังไม่ได้
3. ดำเนินการแก้ไข/ จัดการข้อร้องเรียนนั้นแล้ว มีระบบการสื่อสารให้ผู้ร้องเรียนทราบโดยจดหมายราชการ (กรณีผู้ร้องเรียนระบุชื่อ ที่อยู่) บอร์ดประชาสัมพันธ์ การสื่อสารกับผู้นำชุมชนผ่านผู้อำนวยการ/ ผู้แทนโรงพยาบาล

3. ระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง

1. ทุกหน่วยงานมีการรายงานความเสี่ยงที่พบในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ได้แก่
 - แบบบันทึกอุบัติการณ์ ใช้ในการบันทึกเหตุการณ์ตามหัวข้อและรายละเอียดที่กำหนด ซึ่งจะถูกส่งไปรวบรวมไว้ที่เลขาฯ ทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล อาจส่งทันที หรือรวบรวมส่งทุกสิ้นเดือน
 - แบบบันทึกอุบัติการณ์/ แบบรายงานผลการจัดการความเสี่ยง จะมีประจำหน่วยงานสำหรับให้เจ้าหน้าที่เขียนรายงานอุบัติการณ์ และวิธีการแก้ไข
 - แบบสรุปรายงานอุบัติการณ์ประจำเดือน ส่งให้เลขาฯ ทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้ง
 2. มีช่องทางให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรายงานความเสี่ยง ที่ดีควรมีความหลากหลาย สะดวก เป็นความลับ และมีการสื่อสารย้อนกลับ เช่น ส่งในตู้รับความคิดเห็น ส่งผ่านหัวหน้าหน่วยงานส่งทาง Web page ของโรงพยาบาล
 3. มีการจัดทำฐานข้อมูลความเสี่ยง และระบบสารสนเทศ(สื่อสารทั่วทั้งองค์กร) มีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการบันทึกและประมวลผลข้อมูล และนำเสนอให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ
 4. มีการวิเคราะห์ ประมวลผลความเสี่ยง แสดงแนวโน้ม ความสูญเสีย วิเคราะห์อุบัติการณ์ เพื่อให้ทราบสถานการณ์และประเมินความเสี่ยงในอนาคต
- หมายเหตุ** การตอบสนองต่อปัญหาเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้การรายงานประสบความสำเร็จ

4. การเรียกชดเชยค่าเสียหาย


เหตุการณ์/ อุบัติการณ์ที่รุนแรง ที่มีโอกาสถูกฟ้องร้อง ต้องได้รับการจัดการอย่างเร่งด่วน ถูกต้องและเป็นความลับ โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้ประสบเหตุการณ์ต้องแจ้งให้ผู้จัดการความเสี่ยงทราบโดยเร็วภายในระยะเวลาที่กำหนด
2. รวบรวมหลักฐานให้ได้มากที่สุด และเก็บในที่ปลอดภัย
3. การระงับค่าเรียกร้องค่าเสียหาย โดยการตอบสนองต่อผู้ป่วยและญาติอย่างเหมาะสมตรงไปตรงมาเพื่อลดความตึงเครียด และขจัดความเข้าใจผิดที่เกิดขึ้น
4. สืบหาข้อเท็จจริงอย่างละเอียดไม่มีอคติ
5. ในกรณีต้องชดเชยค่าเสียหาย ช่วยในการดำเนินการ

หมายเหตุ

- หลีกเลี่ยงการเผชิญระหว่างผู้ป่วย/ญาติ กับเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นคู่กรณี
- ผู้ไกล่เกลี่ยต้องวางตัวให้เป็นที่เป็นที่เชื่อถือและไว้วางใจแก่ผู้เสียหายว่ามีความเป็นกลาง
- ไม่พึ่งพาผู้มีอิทธิพลในท้องถิ่นที่มีตำแหน่งจากการเลือกตั้งเพื่อให้เป็นตัวแทนในการไกล่เกลี่ย



	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 17/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

การจัดการความเสี่ยง

ก่อนเกิดเหตุ

1. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk Avoidance) ถ้าหลีกเลี่ยงได้เราก็หลีกเลี่ยงเลย เช่น การปิดห้องผ่าตัดเนื่องจากไม่มีวิสัญญีแพทย์ หรือ วิสัญญีพยาบาล ถ้าหลีกเลี่ยงความเสี่ยงไม่ได้ (No Risk Avoidance)
2. การผ่องถ่ายความเสี่ยง (Risk Transfer) เช่น การจ้างบริษัทมาดูแลบำรุงรักษา เครื่องมือที่ซับซ้อน การส่งต่อผู้ป่วย
3. การป้องกันความเสี่ยง (Risk Prevention) มีหลายรูปแบบ การป้องกัน (Protection) เช่น การใส่เสื้อตะกั่วของแผนก X-ray, กล้องใส่ของมีคม เป็นต้น มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน และมาตรฐานเกี่ยวกับเครื่องมือ เช่น การตรวจสอบ, การทดสอบระบบสำรอง การมีระบบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การใช้ยา, การรับส่งผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด เป็นต้น การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้ทุกคนตระหนักรู้ สามารถจำกัดขอบเขตหรือป้องกันความเสี่ยงได้ด้วยวิธีใด
4. การลดความสูญเสีย หลังจากเกิดเหตุการณ์ (Loss Reduction) ได้แก่ การดูแลแก้ไขปัญหา โดยฉับพลันด้วยความเอาใจใส่
5. การแบ่งแยกความเสี่ยง (Risk segregation) เมื่อหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงได้แล้ว ให้ใช้วิธีระดมสมองในหน่วยงานหาสาเหตุที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงในเรื่องนั้นๆ ว่ามีอะไรบ้าง นำมาจัดเป็นกลุ่ม แล้วหาแนวทางในการลดหรือป้องกัน ความเสี่ยงนั้นๆ และเขียนเป็นระเบียบปฏิบัติ หรือคู่มือปฏิบัติไว้ในหน่วยงาน เพื่อใช้เป็นการตรวจสอบได้ว่าบุคลากรในหน่วยงานได้ปฏิบัติตามหรือไม่ ถ้าปฏิบัติตามแต่ยังเกิดความเสี่ยงนั้นๆ อีกก็จะต้องมาทบทวนดูว่ามีขั้นตอนใดขาดตกบกพร่อง และหาแนวทางแก้ไขใหม่ต่อไป

หมายเหตุ : ถ้าหน่วยงานมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการหลักใหม่ก็จะต้องนำกระบวนการหลักใหม่มาพิจารณาค้นหาความเสี่ยงใหม่และบริหารจัดการความเสี่ยงใหม่ด้วยพร้อมแจ้งคณะกรรมการความเสี่ยงทราบ

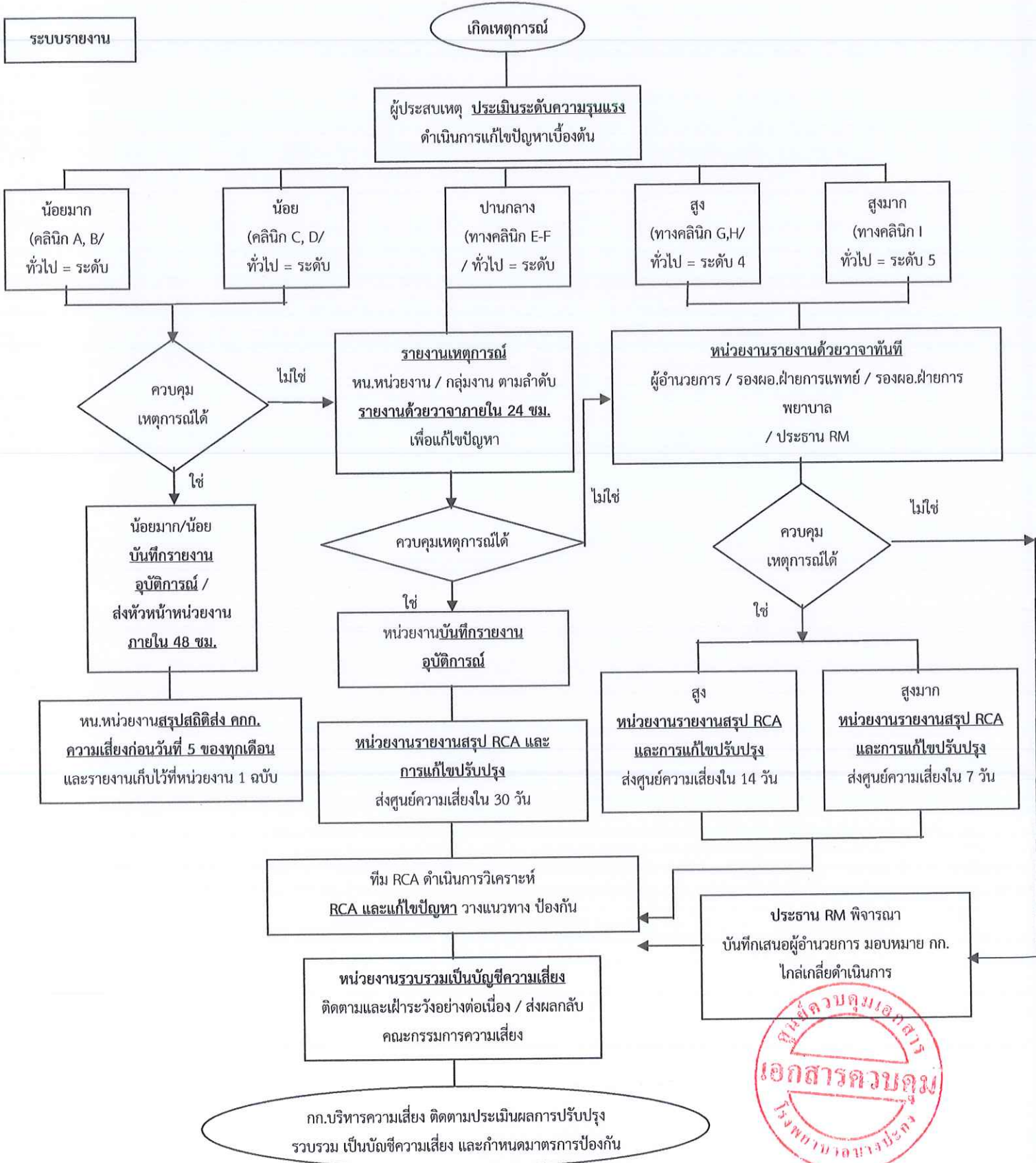
หลังเกิดเหตุ


1. การลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์โดยแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อทำหน้าที่ดูแล แก้ไขปัญหา โดยฉับพลันภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับทราบปัญหาด้วยความเอาใจใส่ และให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา โดยมีกาประดับประคองสภาพจิตใจ, ขวัญ-กำลังใจทั้งของผู้ร้องเรียน และผู้ถูกร้องเรียน พร้อมทั้งรายงานผลการแก้ไขปัญหแก่ผู้บริหารสูงสุด และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และติดตามประเมินผลภายหลัง ทั้งภายหลังการไกล่เกลี่ยอย่างต่อเนื่อง
2. การบริหารเงินชดเชยค่าเสียหายกรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหายที่มสานสัมพันธ์/ไกล่เกลี่ย จะเป็นผู้สรุปข้อมูลปัญหา นำเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาล ร่วมกันพิจารณาชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสมยุติธรรมทุกฝ่าย
 1. การประเมินผลติดตาม เฝ้าระวัง เป็นวงจร เป็นการ Feedback loop ซึ่งจะก่อให้เกิดการปรับปรุงได้ดีขึ้น
 - 4.1 ประเมินระบบ/กระบวนการที่วางไว้ / ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่
 - 4.2 ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง
 - การเขียนรายงานอุบัติการณ์และการส่งใบรายงานตามระยะเวลาที่กำหนด
 - จำนวน / ประเภท ของความเสี่ยง, อุบัติการณ์
 - อัตราของความเสี่ยง / อุบัติการณ์ตามกลุ่มประเภทความเสี่ยง, ความรุนแรง
 - ระดับความรุนแรง
 - อัตราการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ



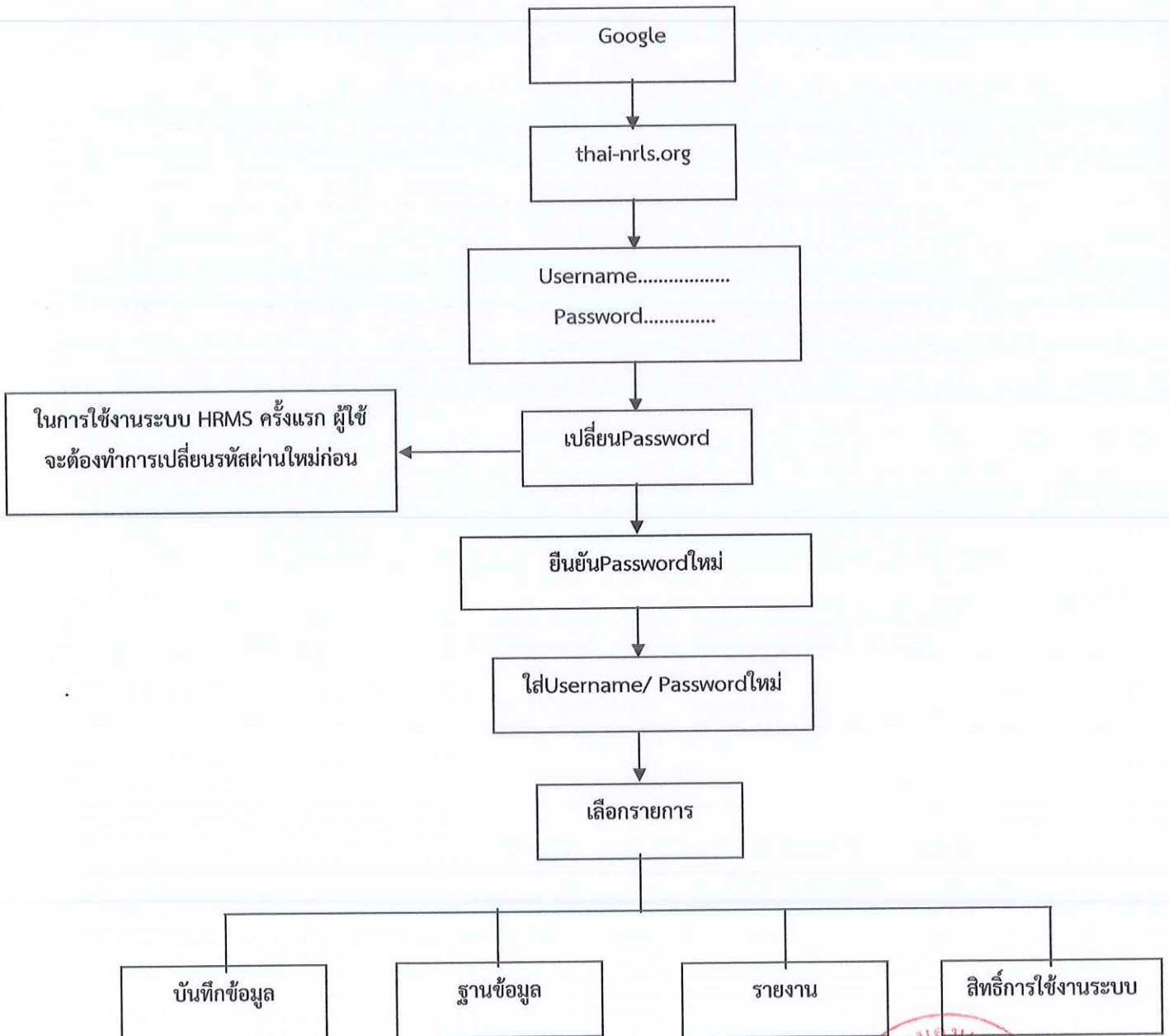


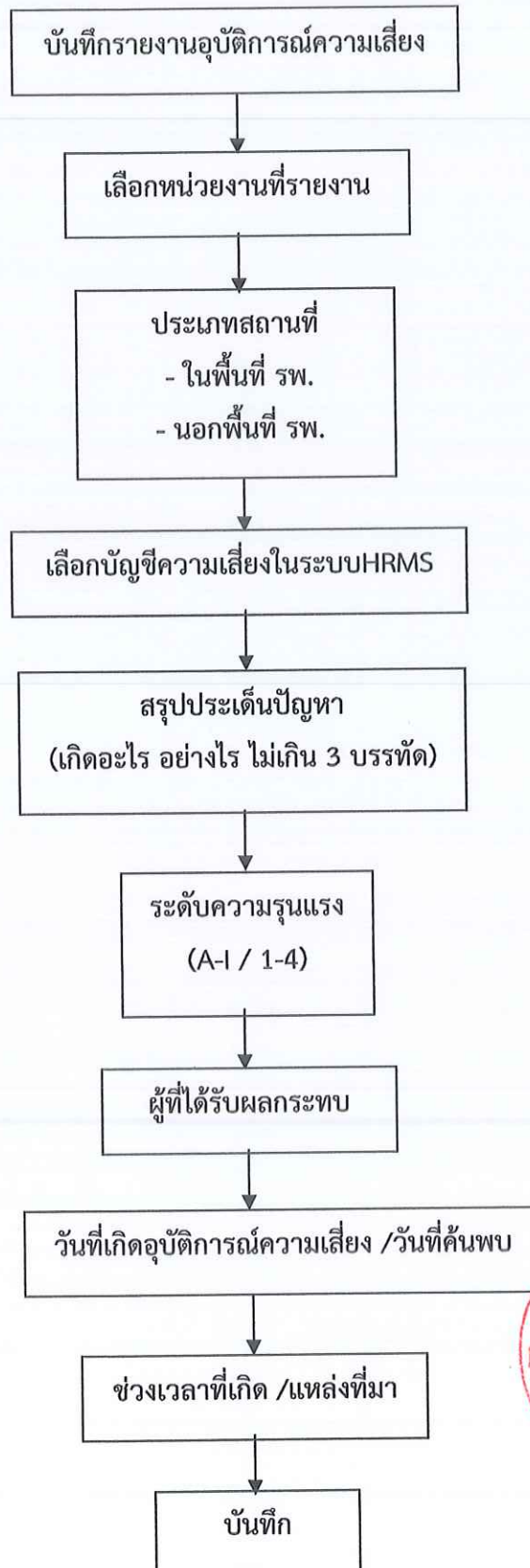
ขั้นตอนการรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์




	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 19/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

การรายงานความเสี่ยงทาง HRMS on cloud





 โรงพยาบาลบางปะกง	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 21/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน				
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

แบบฟอร์มต่างๆในการรายงานอุบัติการณ์

แบบบันทึกอุบัติการณ์ ประจำเดือน

หน่วยงาน.....

No	วันที่ เกิดเหตุ	ความเสี่ยง	Specific Clinical Risk	Common Clinical Risk	Non Clinical Risk	P1+รหัส	P2+รหัส	เกิดซ้ำ/ครั้งใหม่ ในเดือน	โอกาสเกิด					ระดับความรุนแรง และ					ค่าระดับความ (ระบุสี)	มาตรการ/การป้องกัน	
									(A)					(B)							C = AxB
									1 น้อย มาก	2 น้อย กลาง	3 ปาน กลาง	4 สูง	5 สูง มาก	1 น้อย มาก	2 น้อย กลาง	3 ปาน กลาง	4 สูง	5 สูง มาก			
1									> 5 ครั้ง	2-3 ครั้ง	เกิด ทุกปี	1-5 ครั้ง/เดือน	≥ 1 ครั้ง/เดือน	A-B	C-D	E-F	G-H	I	ค่า 1-3 ปานกลาง 4-6 สูง 8-12 สูงมาก 15-25		

การบริหารความเสี่ยงหน่วยงาน

แบบสุพรรณกรติดตามประเภทเหตุการณ์ ปีงบประมาณ


เหตุการณ์	ศ.ศ.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	รวม
ประเภทความเสี่ยง													
Non Clinical													
A													
B													
C													
D													
E													
F													
G													
H													
I													
รวม													
Common Clinical													
A													
B													
C													
D													
E													
F													
G													
H													
I													
รวม													
Specific clinical													
A													
B													
C													
D													
E													
F													
G													
H													
I													
รวม													
ระดับความเสี่ยง													
ค่า 1-3													
ปานกลาง 4-6													
สูง 8-12													
สูงมาก 15-25													
รวม													

จำนวนที่ถือทำ RCA (E-I) ทั้งหมด เรื่อง ทำ RCA แล้ว เรื่อง ยังไม่ทำ RCA เรื่อง
 รายงานในระบบ NRIS เรื่อง

ลงชื่อผู้จัดทำรายงาน _____ ละชื่อหัวหน้างาน _____

ตำแหน่ง _____ ตำแหน่ง _____
 วันที่ _____ วันที่ _____



	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 22/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

แบบบันทึก Root Cause Analysis

HN.....AN..... ว.ด.ป. หน่วยงานวันที่ทำRCA..... รหัสรายงานNRLS.....

เหตุการณ์โดยสรุป.....

.....

.....

.....


ประเภท Specific Clinical Risk Common Clinical Risk Non Clinical Risk

P1 Code..... P2 Code.....

Risk Level Moderate (E, F) Major (G, H) Catastrophic (I)
 Access/ Entry Assessment Plan of Care
 Discharge Plan Empowerment COC

โรค	กระบวนการดูแล	สาเหตุราก (Root cause)	แนวทางแก้ไข/มาตรการป้องกัน	ระยะเวลาดำเนินการ	ชื่อผู้รับผิดชอบ




	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 23/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

แบบฟอร์ม Timeline RCA

HN. AN..... ชื่อ-สกุล.....อายุ..... ปี Dx.					
วันที่ Admit รวม.....วัน					



	Quality Manual : QM		สำเนาหมายเลข :	หน้า: 24/24
	ผู้จัดทำ : ทีมบริหารความเสี่ยง	เลขที่ : QM-RM-02	วันที่ : 15 มี.ค. 2566	
	ผู้เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน			
เรื่อง : คู่มือบริหารความเสี่ยง				

เอกสารอ้างอิง

จรัส สุวรรณเวลา.(2545). “ความเสี่ยงในโรงพยาบาล”. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ : กรุงเทพฯ.

เรวดี ศิรินคร.(2549). “Root cause analysis” เอกสารบรรยาย.

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul.(2543). “ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล”. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ : กรุงเทพฯ.

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2550) : คู่มือการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด

รศ.นวลจิรา ภัทรรังรอง และคณะ(2553). “คู่มือการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในทั่วทั้งองค์กร”

ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 กันยายน สำนักงานประกันคุณภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

<https://www.khrmhosp.com/wp-content/uploads/2019/07/ManualRM-62.pdf>

<https://www.pranangklaog.go.th/webpnk60/images/Appmanual/am-115.pdf>



การบริหารความเสี่ยงหน่วยงาน

แบบสรุปการติดตามประเภทเหตุการณ์ ปังบประมาณ

เหตุการณ์	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
ประเภทความเสี่ยง													
Non Clinical													
A													
B													
C													
D													
E													
F													
G													
H													
I													
รวม													
Common Clinical													
A													
B													
C													
D													
E													
F													
G													
H													
I													
รวม													
Specific clinical													
A													
B													
C													
D													
E													
F													
G													
H													
I													
รวม													
ระดับความเสี่ยง													
ต่ำ 1-3													
ปานกลาง 4-6													
สูง 8-12													
สูงมาก 15-25													
รวม													

จำนวนที่ต้องทำ RCA (E-I) ทั้งหมด เรื่อง ทำ RCA แล้วเรื่อง ยังไม่ทำ RCA เรื่อง

รายงานในระบบ NRLS เรื่อง

ลงชื่อผู้จัดทำรายงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อหัวหน้างาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

โรงพยาบาลบางปะกง
 BANGPAKONG HOSPITAL
 แบบบันทึก Root Cause Analysis

HN.....AN.....	ว.ด.ป.	หน่วยงาน	วันที่ทำ RCA.....	รหัสรายงานNRLS.....
เหตุการณ์โดยสรุป.....				
ประเภท	<input type="checkbox"/> Specific Clinical Risk <input type="checkbox"/> Common Clinical Risk <input type="checkbox"/> Non Clinical Risk <input type="checkbox"/> P1 Code..... <input type="checkbox"/> P2 Code.....			
Risk Level	<input type="checkbox"/> Access/ Entry <input type="checkbox"/> Assessment <input type="checkbox"/> Plan of Care <input type="checkbox"/> Discharge Plan <input type="checkbox"/> Empowerment <input type="checkbox"/> COC			
โรค	สาเหตุราก (Root cause)	แนวทางแก้ไข/มาตรการป้องกัน	ระยะเวลาดำเนินการ	ชื่อผู้รับผิดชอบ

Timeline RCA

HN. AN..... ชื่อ-สกุล.....อายุ..... ปี Dx

วันที่ Admit รวม.....วัน

--	--	--	--