

คู่มือ

ระบบการบริหารความเสี่ยง

มีนาคม พ.ศ. 2561

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM)



ประกาศโรงพยาบาลหนองบุญมาก
เรื่อง นโยบายบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลหนองบุญมาก ได้กำหนดเข้มมุ่งในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อให้ผ่านการรับรองจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ดังนั้น ทีมบริหารความเสี่ยง จึงได้ประกาศนโยบายให้การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง โดยแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน ของระบบบริหารความเสี่ยง เพื่อดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

(๑) การค้นหาและการรายงานอุบัติการณ์/ ความเสี่ยง ขอความร่วมมือบุคลากรทุกคน เมื่อพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ทรัพย์สินของบุคคล หรือส่วนรวม) เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ, ผู้ให้บริการ,ญาติผู้ป่วย หรือบุคคลอื่นๆ หรือ เหตุการณ์เกือบพลาด (หมายถึง เหตุการณ์ที่เมื่อเกิดขึ้นแล้ว ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน) ทุกคนสามารถเขียนรายงานในใบรายงานอุบัติการณ์แล้วส่งมาที่ศูนย์คุณภาพ หรือแจ้งรายงานที่ศูนย์คุณภาพโดยตรงทางเบอร์โทรศัพท์ภายใน หมายเลข ๑๑๒ ภายใน ๒๔ ชั่วโมง หลังพบเหตุการณ์ ซึ่ง การรายงานความเสี่ยงนี้จะไม่ถือว่าเป็นความผิดพลาดของบุคคลใด/ หน่วยงานใด แต่จะเป็นการหา มาตรการในการป้องกัน หรือแก้ไขเหตุการณ์ต่างๆ เหล่านี้ไม่ให้เกิดซ้ำ หรือเมื่อเกิดแล้วผลกระทบต่อชีวิต และทรัพย์สินลดลง

(๒) การกำหนดมาตรการการแก้ไขและการรายงานอุบัติการณ์สำคัญ ทีมบริหารความเสี่ยง จะทำการสรุปรวบรวมรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงและมาตรการในการป้องกันและแก้ไขสะท้อนข้อมูล ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบและจะมอบรางวัลสำหรับหน่วยงานที่มีการรายงานอุบัติการณ์มากที่สุดและมอบ รางวัลสำหรับหน่วยงานที่รายงานอุบัติการณ์สำคัญ ประจำเดือนทุกเดือน

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๖

(นายสมบัติ วัฒนนะ)

นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบุญมาก

การบริหารความเสี่ยง รพ.หนองบุญมาก

1. นโยบายการบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลหนองบุญมาก เป็นโรงพยาบาลรัฐบาลให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ให้มีภาวะสุขภาพที่ดี มีความปลอดภัย จากผลผลิตการบริการด้านสุขภาพได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมตามมาตรฐาน ไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม โดยมีการจัดระบบบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร

2. คำจำกัดความ

(1) ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือสิ่งไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเสื่อมเสียของชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสีย หรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บ หรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทำลายสิ่งแวดล้อม ภาวะในการชดใช้ค่าเสียหาย

(2) บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้น โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีต และหน่วยงานอื่นๆ ตลอดจนการทบทวนต่างๆ และการสำรวจภายในหน่วยงานของตนเอง เพื่อเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวัง โดยมีทั้งระดับโรงพยาบาล กลุ่มงาน/แผนก/หน่วยงาน

(3) อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งเกิดจากการรักษาและไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรค หรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเกิดความพิการตามมา ลักษณะสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การถูกทำร้าย หรือการบาดเจ็บ เหตุร้าย ภัยอันตราย การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ความไม่แน่นอน การถูกเปิดเผย

(4) ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical error) หมายถึง ความล้มเหลวของการดูแลรักษาที่วางแผนไว้ หรือการวางแผนการรักษาที่ไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

(5) เหตุเกือบพลาด (Near miss) หมายถึง เหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดสถานการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน หรือด้วยความบังเอิญ

(6) อุบัติการณ์รุนแรง หมายถึง ความเสี่ยงซึ่งผู้ประสบเหตุการณ์ต้องรายงานหัวหน้า หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้แทนทันที หรือโดยเร็วที่สุด เช่น

- บุคลากร/ผู้รับบริการ เสียชีวิตไม่คาดฝัน
- อัคคีภัย
- อุบัติเหตุหมู่
- ข้อร้องเรียนกล่าวหา ที่อาจมีผลกระทบต่อชื่อเสียง
- ความคลาดเคลื่อนทางยา (ระดับ G – I)
- ผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายร่างกายตนเอง หรือผู้อื่น
- การระบาดของโรค/อุบัติเหตุ/อุบัติภัยรุนแรง

- การโจรกรรมทรัพย์สินของทางราชการ/เจ้าหน้าที่/ผู้รับบริการ
 - เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินของทางราชการ/เจ้าหน้าที่/ผู้รับบริการ
- (7) Sentinel event หมายถึง เหตุการณ์พึงสังวร เกือบพลาด และเป็นอันตรายรุนแรง

3. เป้าหมาย

- 1.1 ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย
- 1.2 โครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน มีความสะดวกและปลอดภัย
- 1.3 ความเสี่ยงและอุบัติการณ์ต่างๆ ได้รับการควบคุมป้องกันอย่างเป็นระบบ

4. วัตถุประสงค์

- 3.1 เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ ได้นำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้เพื่อป้องกันและลดการเกิดความผิดพลาด หรืออุบัติการณ์ต่างๆ
- 3.2 เพื่อให้อุบัติการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ได้รับการบรรเทา แก้ไข ที่มีประสิทธิภาพ

5. ตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1	ร้อยละการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10
2	ร้อยละอุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ G ขึ้นไป ได้รับการทำ RCA	100
3	ร้อยละของอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข	90
4	จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทาง Clinic ระดับ E-I มีการเกิดซ้ำ	
	- ระดับ E-F	5 เรื่อง/ปี
	- ระดับ G-I	0 เรื่อง/ปี
5	ร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงทาง Non clinic ระดับรุนแรง-ร้ายแรง ได้รับการวิเคราะห์หาปัญหาที่แท้จริง RCA	100
6	สัดส่วนของการรายงานอุบัติการณ์ระดับ Near miss ต่ออุบัติการณ์ทั้งหมด	
7	สัดส่วนของการรายงานอุบัติการณ์ระดับ Near miss ต่ออุบัติการณ์ทั้งหมด (ยกเว้นระบบยา)	
8	สัดส่วนของการรายงานอุบัติการณ์ต่อหน่วยงานต่อปี	

6. กระบวนการบริหารความเสี่ยง

6.1 การค้นหาความเสี่ยง

- ศึกษาจากอดีต → ทบทวนอุบัติการณ์ หรือปัญหาที่เคยเกิดขึ้นในหน่วยงาน หรือเกิดขึ้นในหน่วยงานอื่น
- สํารวจในปัจจุบัน → ทบทวนการดูแลผู้ป่วย C3THER , จากการทำกิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรม
 - ทบทวนขั้นตอนการทำงาน, ขั้นตอนการให้บริการ
 - การสำรวจพื้นที่ปฏิบัติงาน, ตามรอยการให้บริการ
- เผ่าระวังไปข้างหน้า

6.2 การประเมินความเสี่ยง

- ความเสี่ยงที่หน่วยงานค้นหาได้จะนำมาประเมิน เพื่อจัดกลุ่มของความเสี่ยงเป็น 4 กลุ่ม โดยจะประเมินที่ความรุนแรง หรือ ผลกระทบ (Materiality) และโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง (Frequency)

กลุ่มที่ 1 เป็นความเสี่ยงที่มีผลกระทบน้อย และโอกาสที่จะเกิดขึ้นน้อย

กลุ่มที่ 2 เป็นความเสี่ยงที่มีผลกระทบน้อย แต่มีโอกาสดังเกิดขึ้นได้มาก

กลุ่มที่ 3 เป็นความเสี่ยงที่มีผลกระทบมาก แต่โอกาสที่จะเกิดขึ้นน้อย

กลุ่มที่ 4 เป็นความเสี่ยงที่มีกระทบมาก และมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้มาก

โอกาสในการเกิด	บ่อย (1)	ไม่บ่อย (2)
รุนแรง	<p>กลุ่มที่ 4</p> <p>เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วสร้างความเสียหายระยะสั้น ส่งผลต่อความเชื่อมั่นขององค์กร เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน สร้างความเสียหายต่อชื่อเสียงขององค์กร ต้องแก้ไขโดยเร่งด่วนและมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นบ่อยๆ</p> <p>(ตั้งแต่ 2-5 เดือน/ครั้ง ถึงทุกสัปดาห์, ทุกเดือน)</p>	<p>กลุ่มที่ 3</p> <p>เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วสร้างความเสียหายระยะสั้น ส่งผลต่อความเชื่อมั่นขององค์กร เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน สร้างความเสียหายต่อชื่อเสียงขององค์กร แต่มีโอกาสในการเกิดไม่บ่อย</p> <p>(นานกว่า 5 ปี/ครั้ง ถึง ทุกปี)</p>
ผลกระทบ		
ไม่รุนแรง	<p>กลุ่มที่ 2</p> <p>เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลในระยะยาว ความเสียหาย อาจจะไม่รุนแรงในระยะต้น แต่บั่นทอน หรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาในอนาคตและมีโอกาสเกิดขึ้นบ่อย</p> <p>(ตั้งแต่ 2-5 เดือน/ครั้ง ถึงทุกสัปดาห์, ทุกเดือน)</p>	<p>กลุ่มที่ 1</p> <p>เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลในระยะยาว ความเสียหาย อาจจะไม่ชัดเจน แต่บั่นทอน หรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาในอนาคตและมีโอกาสเกิดขึ้นไม่บ่อย</p> <p>(นานกว่า 5 ปี/ครั้ง ถึง ทุกปี)</p>

6.3 การจัดการกับความเสียง

- ความเสียงในกลุ่มที่ 3 และ 4 หน่วยงานและคณะกรรมการเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องจะต้องดำเนินการกำหนดแนวทาง หรือมาตรการควบคุมป้องกันโดยเร่งด่วน
- ความเสียงกลุ่มที่ 2 ให้หน่วยงานจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการ หรือควบคุม ป้องกัน
- และความเสียงในกลุ่มที่ 1 ให้หน่วยงานวางระบบติดตามเฝ้าระวังไม่ให้ความเสียงเพิ่มระดับขึ้นมา

6.4 การดำเนินการเมื่อเกิดอุบัติการณ์

เมื่อเกิดอุบัติการณ์ ให้หน่วยงานประเมินระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ 9 ระดับ

ระดับความรุนแรง (1-4)	ระดับความรุนแรง (A-I)	อุบัติการณ์ทางคลินิก/ อุบัติการณ์ทั่วไป	อุบัติการณ์ Med error
1	A	- ไม่มีความผิดพลาดเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดปัญหาหรือความผิดพลาดได้ (Near miss)	- ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน
	B	- มีความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้รับบริการ บุคลากร หรือไม่เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน เนื่องจากความผิดพลาดไปไม่ถึงผู้รับบริการหรือบุคลากร เช่น กรณีการส่งเครื่องมือปนไปกับผ้า แต่ยังไม่เกิดอันตรายต่อบุคลากรหรือผู้รับบริการ (Near miss)	- มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย
2	C	- มีความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้รับบริการ บุคลากร หรือไม่เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินถึงแม้ว่าความผิดพลาดนั้นจะไปถึงผู้รับบริการ/บุคลากรหรือทรัพย์สินแล้ว	- มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว

ระดับความรุนแรง (1-4)	ระดับความรุนแรง (A-I)	อุบัติการณ์ทางคลินิก/ อุบัติการณ์ทั่วไป	อุบัติการณ์ Med error
	D	- มีความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้รับบริการ/บุคลากรแต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามหรือเฝ้าระวังผู้รับบริการ/บุคลากรหรือทรัพย์สิน เสียหายมูลค่าไม่เกิน 10,000 บาท	- มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังคงจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม
3	E	-มีความผิดพลาดเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้รับบริการ บุคลากรเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติมหรือทำให้ทรัพย์สินเสียหายมูลค่าตั้งแต่มากกว่า 10,000 – 50,000 บาท	- มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือแก้ไขเพิ่มเติม
	F	- มีความผิดพลาดเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้รับบริการ บุคลากรเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยึดระยะเวลาการในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป หรือทำให้ทรัพย์สินเสียหายมูลค่าตั้งแต่มากกว่า 50,000-100,000บาท	- มีความผิดพลาดเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยึดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป
4	G	-มีความผิดพลาดเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้รับบริการ/บุคลากร ทำให้พิการถาวรหรือทำให้ทรัพย์สินเสียหายมูลค่าตั้งแต่มากกว่า 100,000-500,000บาท	- มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร

ระดับความรุนแรง (1-4)	ระดับความรุนแรง (A-I)	อุบัติการณ์ทางคลินิก/ อุบัติการณ์ทั่วไป	อุบัติการณ์ Med error
	H	- มีความผิดพลาดเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อ ผู้รับบริการ/บุคลากรจน เกือบถึงแก่ชีวิตหรือทำให้ ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า ตั้งแต่มากกว่า 500,000- 1,000,000บาท	- มีความคลาดเคลื่อน เกิดขึ้นและเป็นอันตราย ต่อผู้ป่วยจนถึงเกือบถึงแก่ ชีวิต (เช่น แพ้ยาแบบ Anaphylaxis และหัวใจ หยุดเต้น)
	I	- มีความผิดพลาดเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อ ผู้รับบริการ/บุคลากรถึง แก่ชีวิต หรือทำให้ทรัพย์สิน เสียหายมูลค่ามากกว่า 1,000,000บาท	- มีความคลาดเคลื่อน เกิดขึ้นและเป็นอันตราย ต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

6.4.1 ความรุนแรงระดับ 1 (1A, 1B)

- ให้หน่วยงานบันทึกลงในโปรแกรมบริหารความเสี่ยง
- หน่วยงานดำเนินการแก้ไขเบื้องต้นทันที
- ดำเนินการทบทวนภายในหน่วยงาน หรือทบทวนร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องและ
รายงานผลการทบทวนและมาตรการ หรือแนวทางควบคุมป้องกันมาที่ศูนย์คุณภาพ
ภายใน 1 เดือน

6.4.2 ความรุนแรงระดับ 2 ขึ้นไป (ตั้งแต่ 2C จนถึง 4I)

- ให้หน่วยงานบันทึกการเกิดอุบัติการณ์ในใบรายงานอุบัติการณ์ส่งมาที่ศูนย์คุณภาพ
ภายใน 1 วันทำการ
- ให้หน่วยงานดำเนินการทบทวนอุบัติการณ์ โดยใช้แบบฟอร์มทบทวน RCA และรายงาน
ผลการทบทวนมายังศูนย์คุณภาพ โดย
 - ☞ อุตการณ์ที่มีความรุนแรง ระดับ 4 (4G, 4H, 4I) ให้ดำเนินการทบทวนและ
รายงานภายใน 3 วันทำการ
 - ☞ ความรุนแรง ระดับ 3 (3E, 3F) รายงานภายใน 7 วันทำการ
 - ☞ ความรุนแรง ระดับ 2 (2C, 2D) รายงานภายใน 15 วันทำการ

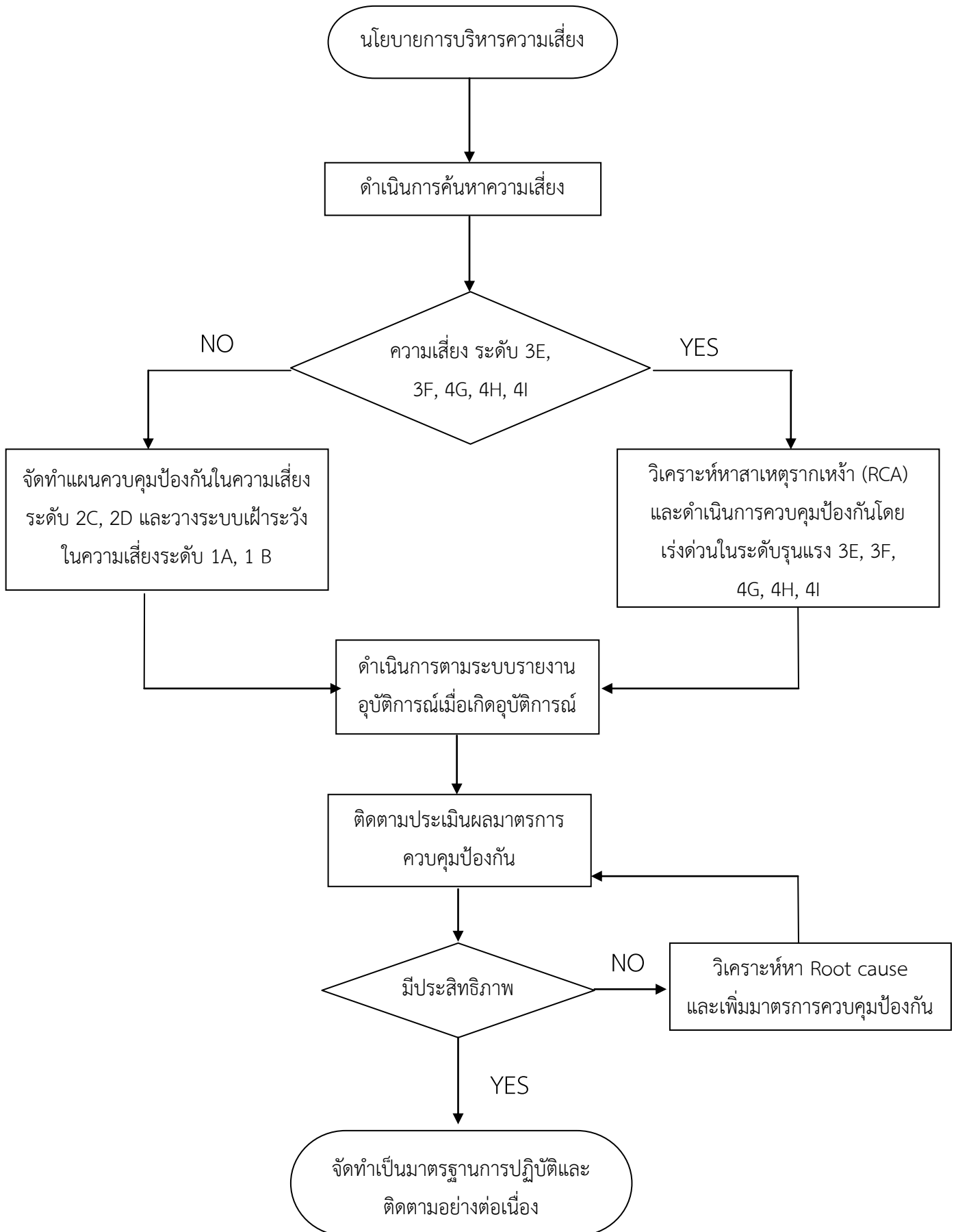
6.4.3 การติดตามประเมินประสิทธิภาพมาตรการในการควบคุมและป้องกัน

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีหน้าที่ในการติดตามประเมินประสิทธิภาพในการวางมาตรการในการควบคุมป้องกันอุบัติการณ์ของแต่ละทีมคร่อมสายงาน

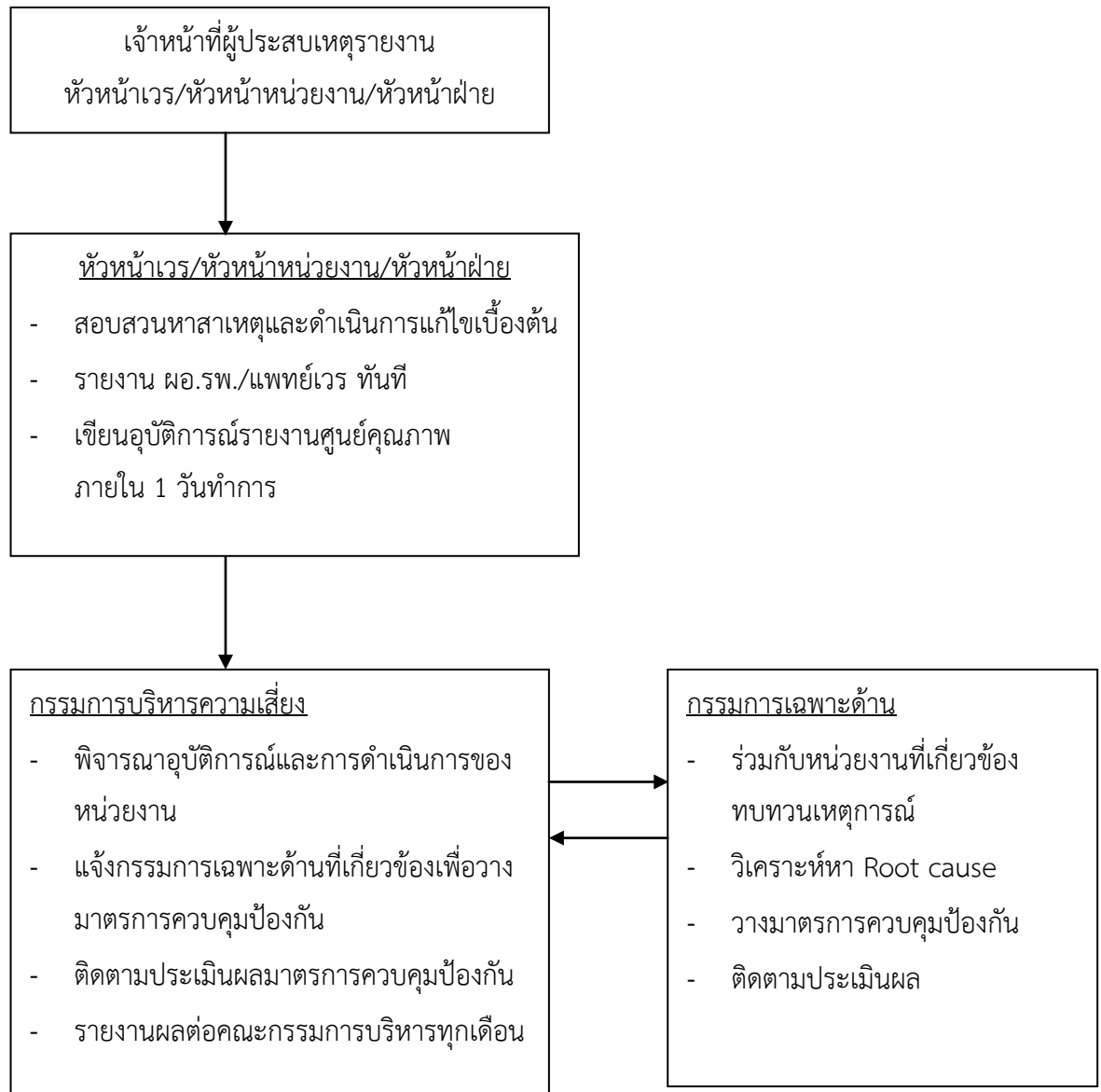
6.4.4 อุตการณ์รุนแรง เป็นเหตุการณ์ หรืออุบัติการณ์สำคัญที่ผู้ประสบเหตุต้องรายงานหัวหน้าเวร/ หัวหน้างาน/ หัวหน้าฝ่าย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันที

อุบัติการณ์	เหตุการณ์ทั่วไป
1. เกิดโรคติดต่อร้ายแรงที่ต้องรายงานและควบคุมป้องกันโดยด่วน ได้แก่ โรคไข้หวัดนก, ปอดบวมที่สงสัย SARS, อหิวาตกโรค, ไข้สมองอักเสบ, แอนแทรกซ์, โปลิโอ, พิษสุนัขบ้า, คอตีบ, ไข้เลือดออก, Mers 2. ผู้รับบริการ/บุคลากร ได้รับอุบัติเหตุภายในโรงพยาบาลจนเกือบเสียชีวิต หรือเสียชีวิต 3. ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา หรือได้รับผลกระทบจากการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกือบเสียชีวิต หรือเสียชีวิต เช่น เสียชีวิตขณะคลอด / ผ่าตัด, ให้เลือดผิด	1. อุบัติภัย เช่น ไฟไหม้รุนแรง 2. โจรกรรมทรัพย์สินภายในโรงพยาบาล (ที่มีการแจ้งความ) 3. เหตุวิวาทรุนแรง 4. การฆ่าตัวตาย/ฆาตกรรม 5. การใช้สารเสพติด 6. เหตุการณ์บุคคลสำคัญเดินทางมาโรงพยาบาล 7. ข้อร้องเรียนกล่าวหาที่กระทบกับชื่อเสียงขององค์กร

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงเชิงรุก



ขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์สำคัญ / เหตุการณ์สำคัญ

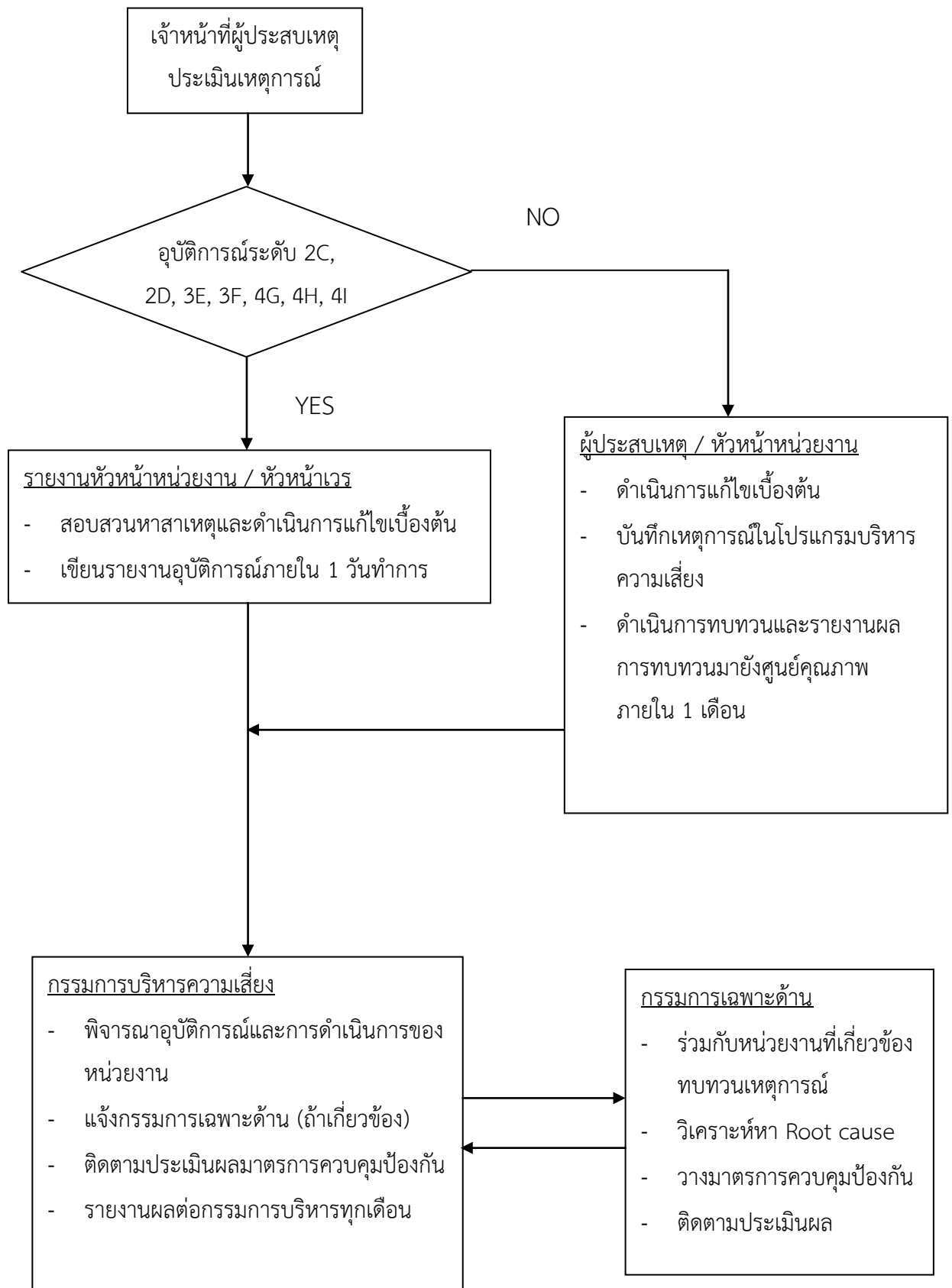


หมายเหตุ

ก. เหตุการณ์/ความเสี่ยงเร่งด่วนระดับ รพ.

1. เกิดอัคคีภัย เช่น ไฟไหม้รุนแรง
2. โจรกรรมทรัพย์สินภายในโรงพยาบาล
3. ผู้ป่วยเสียชีวิตไม่คาดฝัน
4. เหตุวิวาทรุนแรง
5. การฆ่าตัวตาย/ฆาตกรรม
6. เกิดสาธารณภัยหมู่
7. เกิดโรคระบาด
8. เหตุการณ์เสี่ยงต่อการฟ้องร้อง
9. เกิดอุบัติเหตุรุนแรงกับผู้ป่วย หรือเจ้าหน้าที่
ในโรงพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินการต่ออุบัติการณ์ทั่วไป



7. โปรแกรมบริหารความเสี่ยง

7.1 ด้านคลินิก

- 7.1.1 โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk)
- 7.1.2 โปรแกรมความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)
- 7.1.3 โปรแกรมความเสี่ยงด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)

7.2 ด้านทั่วไป

- 7.2.1 โปรแกรมด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย อาชีวอนามัย (ENV)
- 7.2.2 โปรแกรมด้านเครื่องมือ
- 7.2.3 โปรแกรมด้านข้อมูลสารสนเทศและการจัดการทั่วไป (ระบบบริการ, ข้อมูล IT, บุคลากร)

7.3 การบรรเทาผลกระทบจากอุบัติการณ์ / ภาวะไม่พึงประสงค์

ขั้นตอนการบริการใกล้เคียง

