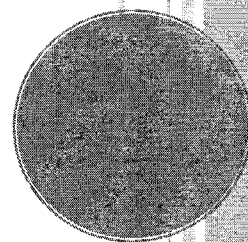


คู่มือบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา

ระบบบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา รหัสเอกสาร: 001-330105-6 1 มีนาคม 2561-190071

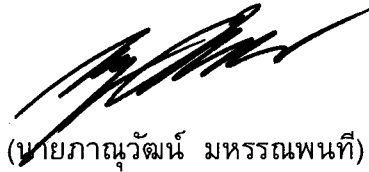


ปรับปรุง สิงหาคม 2561

คำนำ

การจัดการความปลอดภัยและบริหารความเสี่ยงเป็นระบบงานที่สำคัญ ที่ส่งเสริมความปลอดภัย ทั้งชีวิตและทรัพย์สินแก่ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นในระบบบริการ เป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้เกิดการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ขาดความเชื่อมั่นในการรับบริการ โรงพยาบาลหนองบุญมาก จึงได้ มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาระบบงานภายใต้การพัฒนาตามมาตรฐานต่าง ๆ ได้กำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยเป็นเป้าหมายหลักในการให้บริการ กำหนดแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบและปฏิบัติตามแนวทาง เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety Culture) เพิ่มคุณภาพการรักษา ลดข้อขัดแย้ง ข้อร้องเรียนด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลหนองบุญมาก จึงจัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง เพื่อให้ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสามารถทราบถึงความสำคัญและแนวทางปฏิบัติตามระบบการบริหาร ความเสี่ยงต่อไป



(นายภาณุวัฒน์ มหรรณพนที)

นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบุญมาก



ประกาศโรงพยาบาลหนองบุญมาก
เรื่อง นโยบายบริหารความเสี่ยง

เพื่อให้การดำเนินงานระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลหนองบุญมาก เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน (สรพ.) จึงขอกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

(๑) กำหนดให้ ความปลอดภัย เป็นเป้าหมายหลักในการให้บริการ “โรงพยาบาลหนองบุญมาก เป็นสถานที่ปลอดภัยต่อผู้รับบริการ ญาติ และเจ้าหน้าที่”

(๒) เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบและปฏิบัติตามแนวทาง เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety Culture)

(๓) เจ้าหน้าที่ทุกคน ทุกหน่วยงาน ทุกทีมพร้อมสายงาน ต้องมีการบริหารความเสี่ยงโดย

(๓.๑) การค้นหา ประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง กำหนดมาตรการ และติดตาม/ประเมินผล เผื่อระวังความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

(๓.๒) ทบทวนและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงานให้เป็นปัจจุบัน

(๔) ทุกหน่วยงาน ทุกทีมพร้อมสายงานต้องมีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากกิจกรรมทบทวน ๑๒ กิจกรรม การทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ Trigger tool และเครื่องมืออื่นๆ

(๕) การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องปฏิบัติ เมื่อพบเห็นอุบัติการณ์ โดยไม่มีการตำหนิ หรือกล่าวโทษซึ่งกันและกัน ทั้งผู้รายงานและผู้ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนแนวทางแก้ไข

(๖) ทุกหน่วยงานจะต้องมีการสรุปรายงานอุบัติการณ์ทุก ๓ เดือน แม้ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น

(๗) เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องผ่านการอบรมเรื่องบริหารความเสี่ยงอย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง

จึงประกาศให้ทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

(นายภาณุวัฒน์ มหรรณพนธ์)

นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบุญมาก

สารบัญ

	หน้า
ความหมายและคำสำคัญในระบบบริหารความเสี่ยง	4
เป้าหมาย	5
วัตถุประสงค์	5
ประเภทความเสี่ยง	5
กระบวนการบริหารความเสี่ยง	7
ขั้นตอนที่ 1 การค้นหา/ระบุความเสี่ยง (Risk Identification)	8
- การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก	8
- การค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ	8
ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์/ประเมิน/จัดลำดับความเสี่ยง (Risk Analysis/ Assessment)	10
2.1 การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง	10
2.2 ตารางคะแนนระดับความรุนแรง	11
2.3 การกำหนดระดับความเสี่ยง	12
2.4 กำหนดโปรแกรมความเสี่ยงและผู้รับผิดชอบ	13
2.5 ขั้นตอนการพิจารณาระดับความรุนแรง	14
ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับความเสี่ยง (Risk Response)	15
ขั้นตอนที่ 4 ติดตาม/ประเมินความเสี่ยง (Risk Evaluation)	16
แนวทางการจัดการข้อร้องเรียน	16
การบรรเทาผลกระทบจากอุบัติการณ์ / ภาวะไม่พึงประสงค์	18
ขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์สำคัญ / เหตุการณ์สำคัญ	19
ขั้นตอนการดำเนินการต่ออุบัติการณ์ทั่วไป	20
เหตุการณ์ที่เป็น Sentinel Event ของโรงพยาบาลหนองบุญมาก	21

ความหมายและคำสำคัญในระบบบริหารความเสี่ยง

1. ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความเสียหาย หรือสิ่งไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยง หรือ ความสูญเสียในโรงพยาบาล มี 7 ประการ (Risk heptagon) ได้แก่

- ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล
- การเสื่อมเสียชื่อเสียงซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจและขาดการสนับสนุนจากชุมชน

- การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะมีผลให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนาและการดำเนินการไม่ว่า รายได้นั้น จะมาจากรัฐบาล หรือผู้ป่วยโดยตรง

- การสูญเสีย หรือการเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ทรัพย์สินที่มีความเสี่ยง ในที่นี้ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล ของผู้ป่วย/ญาติ เจ้าหน้าที่ หรือของบุคคลที่สามซึ่งทำธุรกิจใน โรงพยาบาล

- การบาดเจ็บ หรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล
- การทำลายสิ่งแวดล้อมซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ในบริเวณนั้น รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา

- ภาระในการชดเชยค่าเสียหายซึ่งอาจจะมีมูลค่าตั้งแต่เล็กน้อย จนถึงมหาศาล

2. ความผิดพลาด (Error) คือ การกระทำ (ในสิ่งที่ผิด) หรือไม่กระทำ (ในสิ่งที่ถูก หรือควรกระทำ) ซึ่งมาสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ หรือโอกาสที่จะเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ อาจจะเป็นในขั้นตอนของการวางแผน หรือนำแผนไปปฏิบัติ การมิได้ให้การดูแลตามแผนที่วางไว้ หรือประยุกต์แผนการดูแลไม่ถูกต้อง

3. อุบัติการณ์ (Incidence) หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นแล้ว นอกเหนือความ คาดหมาย และ/หรือ ก่อให้เกิดความสูญเสีย

4. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งเกิดจากการ รักษาและไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรค หรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ ระยะเวลาการรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเกิดความพิการตามมา

5. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง (Sentinel Events) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่ง นำไปสู่การตาย หรือบาดเจ็บรุนแรงต่อร่างกาย หรือจิตใจ หรือความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าว ได้แก่

เหตุการณ์ที่เป็น Sentinel Event Clinic	เหตุการณ์ที่เป็น Sentinel Event Non-Clinic
1. Sudden death ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด	1. อุบัติภัย เช่น ไฟไหม้รุนแรง
2. Medication error ระดับ G, H, I ความคลาดเคลื่อนทางยา	2. โจรกรรมทรัพย์สินภายในโรงพยาบาล (ที่มีการแจ้งความ)
3. เกิดโรคติดต่อร้ายแรงที่ต้องรายงานและควบคุมป้องกันโดยด่วน ได้แก่ โรคไข้หวัดนก, ปอดบวมที่สงสัย SARS, อหิวาตกโรค, ไข้สมองอักเสบ, แอนแทรกซ์, โปลิโอ, พิษสุนัขบ้า, คอตีบ, ไข้เลือดออก, Mers	3. เหตุวิวาทรุนแรง
	4. การฆ่าตัวตาย/ฆาตกรรม
	5. การใช้สารเสพติด
	6. ข้อร้องเรียนกล่าวหาที่กระทบกับชื่อเสียงขององค์กร

เหตุการณ์ที่เป็น Sentinel Event Clinic	เหตุการณ์ที่เป็น Sentinel Event Non-Clinic
4. ผู้รับบริการ/บุคลากร ได้รับอุบัติเหตุภายใน โรงพยาบาลจนเกือบเสียชีวิต หรือเสียชีวิต 5. ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา หรือ ได้รับผลกระทบจากการรักษาพยาบาล ทำให้ ผู้ป่วยเกือบเสียชีวิต หรือเสียชีวิต เช่น เสียชีวิตขณะคลอด / ผ่าตัด, ให้เลือดผิด	

6. เหตุเกือบพลาด (Near miss) หมายถึง เป็นการปฏิบัติที่กระทำต่อ หรือยังไม่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่อันตรายดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้น อันเป็นผลจากโอกาส/โชค (เช่น ผู้ป่วยได้รับ ยาที่มีข้อห้ามในการใช้สำหรับผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ด้านยานั้น) หรือเป็นผลจากการป้องกัน (เช่น มีการส่งจ่ายยาในขนาดที่อาจทำให้เสียชีวิตได้ แต่เภสัชกร/พยาบาล สามารถตรวจพบได้ก่อนที่จะ บริหารยาให้ผู้ป่วย หรือเป็นผลจากการบรรเทา (เช่น ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาในขนาดที่ส่งผลให้เสียชีวิต ได้ แต่สามารถตรวจพบได้เร็วและสามารถให้ยาด้านพิษได้ทัน โดยไม่เกิดอาการรุนแรงตามมา)

7. บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่ง ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้น โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีต และ หน่วยงานอื่นๆ ตลอดจนการทบทวนต่างๆ และการสำรวจภายในหน่วยงานของตนเอง เพื่อเป็นประเด็น สำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวัง โดยมีทั้งระดับโรงพยาบาล กลุ่มงาน/ แผนก/ หน่วยงาน

เป้าหมาย

1. ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย
2. โครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน มีความสะดวกและปลอดภัย
3. ความเสี่ยงและอุบัติการณ์ต่างๆ ได้รับการควบคุมป้องกันอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ ได้นำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้เพื่อป้องกันและลดการเกิด ความผิดพลาด หรืออุบัติการณ์ต่างๆ
2. เพื่อให้อุบัติการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ได้รับการบรรเทา แก้ไข ที่มีประสิทธิภาพ

ประเภทความเสี่ยง

1. ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk หรือ Non-Clinical Risk) หมายถึง ความเสี่ยงทั่วไป หรือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม อัคคีภัย เครื่องมือ ขอร้องเรียน ถ้าเป็นกระบวนการหลักก็จะเป็นความเสี่ยง เรื่องการบริการและ การบริหารจัดการได้แก่

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

2. ความเสี่ยงทางด้านคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk) หมายถึง เหตุการณ์ หรือการดูแลรักษาที่อาจเกิดอันตราย หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยทั่วไป รายใดก็ได้ โดยไม่ระบุจำเพาะโรคใดได้แก่

- เป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่ระบุกว้างๆ ในกระบวนการรักษา
- ไม่จำเพาะต่อโรคใด โรคหนึ่ง
- อาจพบร่วมในหลายคลินิกบริการ
- อาจใช้มาตรการเดียวกันในการป้องกันในภาพรวม
- นำไปสู่การค้นหาค่าความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคได้
- พบในระยะแรกของการพัฒนาและสามารถแก้ไขได้เป็นส่วนใหญ่ เช่น ตกเตียง การให้สารน้ำผิดพลาด การให้โลหิตผิดพลาด การติดเชื้อในโรงพยาบาล เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ เกิดแผลกดทับ

3. ความเสี่ยงเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk) หมายถึง ความเสี่ยงใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและอาจเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ หรือเสียชีวิต โดยระบุจำเพาะโรคและภาวะเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับโรคนั้นๆ ได้แก่

ผู้ป่วยคลอด

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

ผู้ป่วยเบาหวาน

- Hyperglycemia
- Hypoglycemia

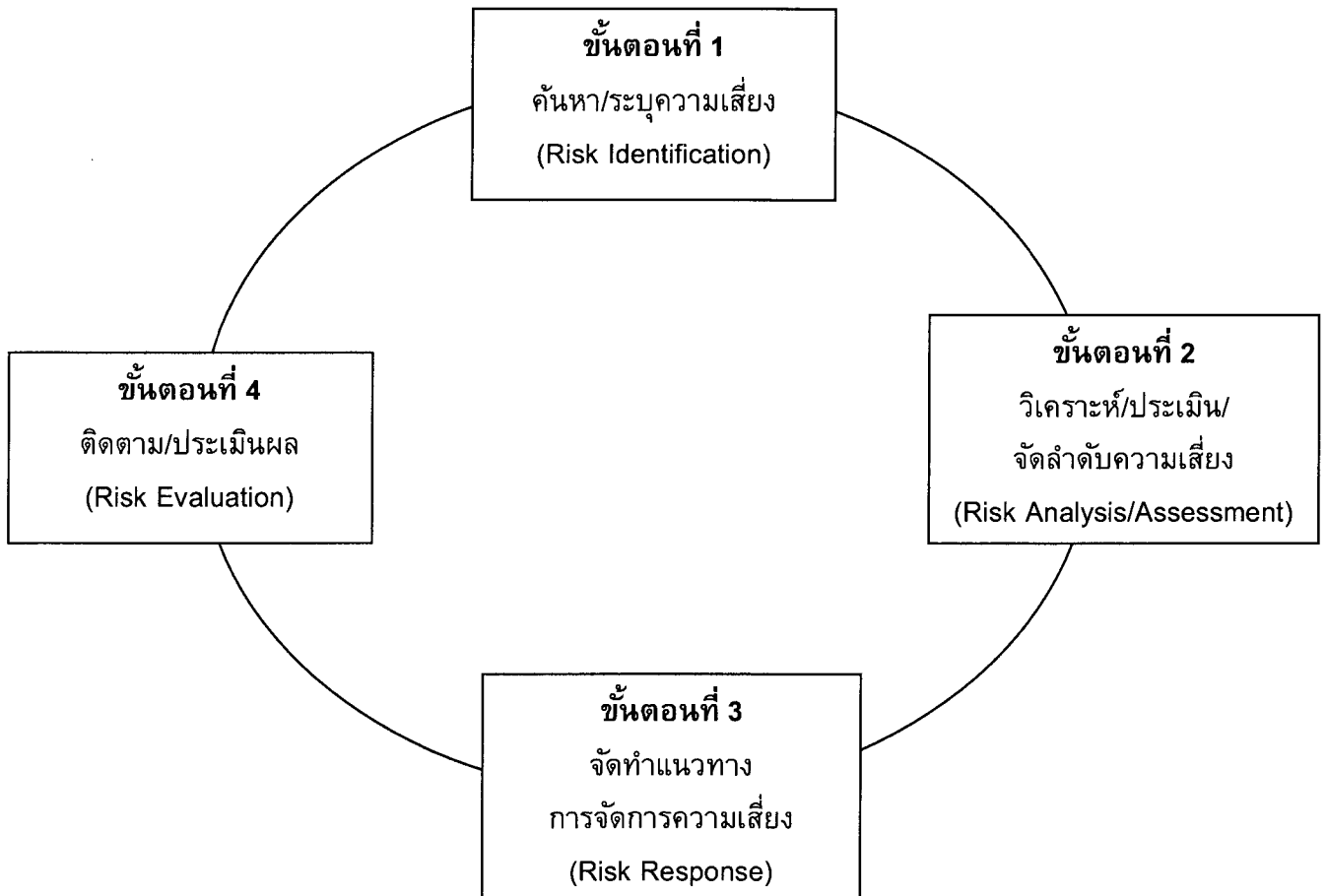
ทันตกรรม

- 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)

การค้นหาความเสี่ยงเป็นการทบทวนโอกาสที่จะเกิดปัญหา เพื่อจัดการได้อย่างเหมาะสม ทั้งการ
ค้นหาความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก ได้แก่

1. ประสบการณ์ของบุคคล
 - แบบสอบถามความพึงพอใจของลูกค้าภายใน-ภายนอก
 - ความคิดเห็นจากการสนทนาของผู้รับบริการ/ลูกค้า
2. การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น, จากการค้นคว้า, จากแหล่งข้อมูลข่าวสารภายนอก
 - ทบทวนเหตุการณ์สำคัญจากเอกสาร/ตำรา ประยุกต์สู่การปฏิบัติขององค์กร
 - ข่าวสาร หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์
3. การเรียนรู้ระหว่างการทำงาน
 - รายงานเหตุการณ์สำคัญ/อุบัติการณ์ในระหว่างการปฏิบัติงาน (Occurrence/ Incidence Report)

Report)

4. จากการวิเคราะห์กระบวนการหลักของหน่วยงาน (Top Down Flow chart)
5. จากการเยี่ยมชมสำรวจ เช่น IC, RSM, ENV Round
6. จากการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอก เช่น จากการควบคุมภายใน การประเมินจาก สสจ.,

ศูนย์วิศวกรรม

การค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ ได้แก่

- ค้นหาจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย
- ทบทวนเวชระเบียน
- ระบบบันทึกข้อมูลของโรงพยาบาลที่มีอยู่แล้ว
- ระบบบันทึกข้อมูลที่ควรนำมาใช้ในการค้นหาความเสี่ยงของหน่วยงาน ได้แก่
 - *บันทึกการบำรุงรักษาเครื่องมือต่างๆ
 - *รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (Incidence Report, Med error)
 - *รายงานของตู้รับความคิดเห็น
 - *รายงานสถานการณ์การเงิน/คลัง
 - *รายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่
 - *การประเมินสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล
 - *รายงานสรุปความพึงพอใจของผู้รับบริการ
 - *รายงานการตรวจถึงดับเพลิง
 - *บันทึกการควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการ
 - *รายงานด้านอาชีวอนามัย
 - *รายงานการตรวจสอบความปลอดภัยในการทำงาน

- *การตรวจสอบความปลอดภัยด้านรังสีวิทยา
- *ความผิดพลาดในการให้ยา
- *รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- *บันทึกประจำวันของหน่วยงาน
- *รายงานเวรตรวจการ
- *รายงานของหน่วยรักษาความปลอดภัย

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

การจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) คือ การนำเอาความเสี่ยงทั้งหมดที่ค้นพบมาจัดทำบัญชีซึ่งบัญชีนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาบ้าง แต่ไม่มากนัก สิ่งที่สำคัญก็คือจะต้องประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่างๆ ให้เห็นว่าอะไรคือความเสี่ยงสำคัญที่ต้องระมัดระวัง และจะต้องไม่ให้ความเสี่ยงที่พบบ่อยมาบดบังความสำคัญของความเสี่ยงรุนแรงและส่งผลกระทบสูง ตัวอย่างการ Risk Profile ในหน่วยงานรังสีวิทยา

- อันตรายต่อผู้ป่วย ได้แก่ การตกจากเตียงเอกซเรย์, การบาดเจ็บที่หลังของผู้ป่วยเนื่องจากการเคลื่อนย้ายขึ้นและลง
- ความเสี่ยงต่อเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องเอกซเรย์ชำรุด
- อันตรายต่อเจ้าหน้าที่ ได้แก่ อันตรายจากรังสี การบาดเจ็บจากเครื่องมือ ความผิดพลาดในการถ่ายภาพ ได้แก่ ภาพถ่ายเอกซเรย์ไม่ชัดเจน

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

2.1 การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง

โปรแกรม Risk Matrix

Risk Assessment Matrix			ความถี่ที่เกิดขึ้น				
			ต่ำมาก/ น้อยมาก	ต่ำ/น้อย	ปานกลาง	สูง/บ่อย	สูงมาก/ บ่อยมาก
			1	2	3	4	5
ผลกระทบ และความ รุนแรง	สูงมาก (I)	5	5	10	15		
	สูง (G, H)	4	4	8	12	16	
	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							

ตารางระดับสี Risk Matrix

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

2.2 ตารางคะแนนระดับความรุนแรง

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

ระดับคะแนน	ความถี่ในการเกิดเหตุการณ์
5	พบ > 2 ครั้ง/สัปดาห์
4	1 ครั้ง/ทุกเดือน
3	1 ครั้ง/ 3 เดือน
2	1 ครั้ง/ 6 เดือน
1	พบ 1 ครั้ง/ปี

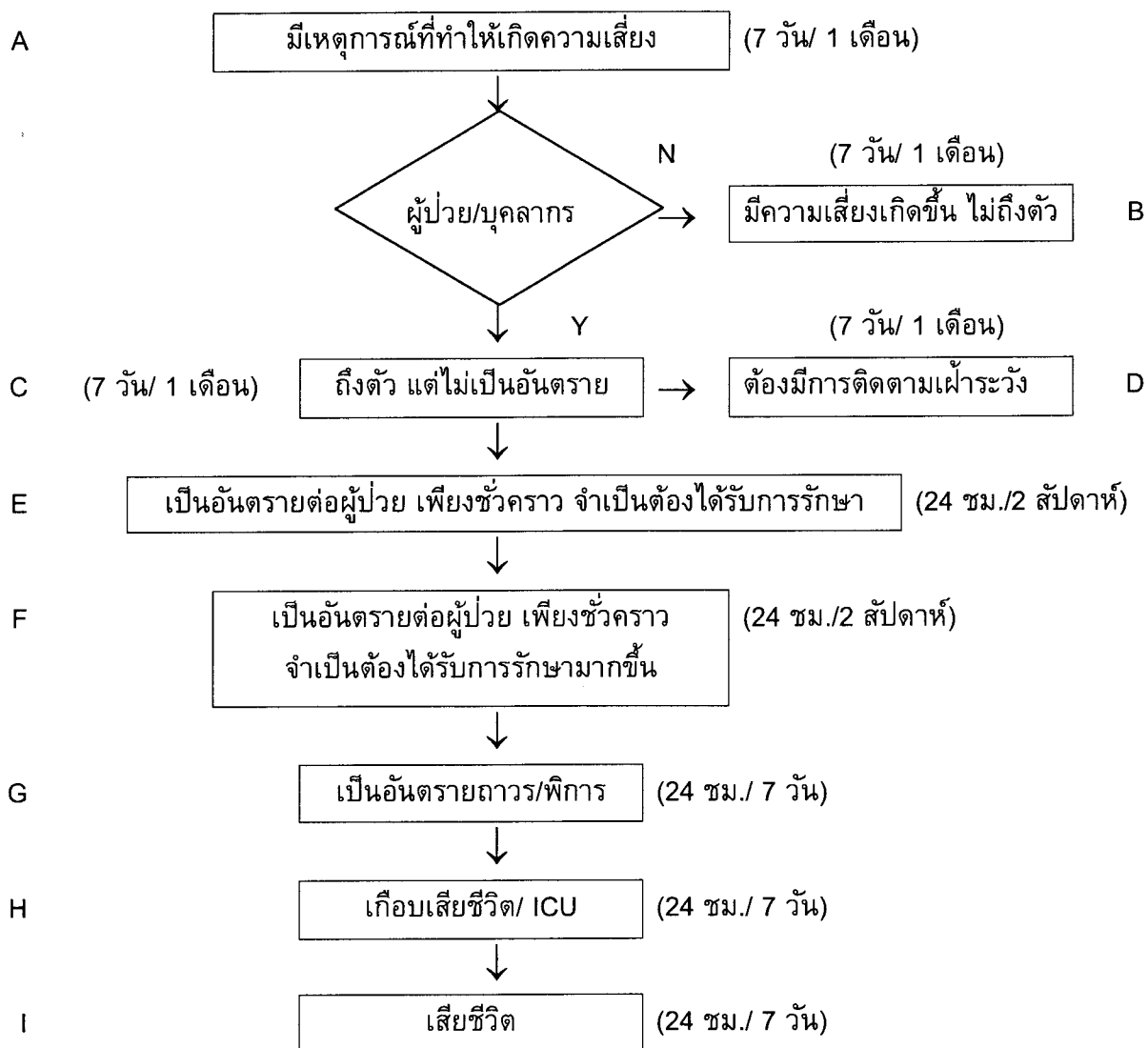
2.3 การกำหนดระดับความเสี่ยง โดยมีการกำหนดระดับความรุนแรง 9 ระดับ ดังนี้

ระดับความเสี่ยง (1-4)	ระดับความรุนแรง (A-I)	อุบัติการณ์ทางคลินิก/ อุบัติการณ์ทั่วไป	อุบัติการณ์ Med error
1 น้อยมาก	A	ไม่มีความคลาดเคลื่อน แต่มีโอกาที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน	- ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน
	B	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียหายเนื่องจากความคลาดเคลื่อนยังไม่ถึงผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงานและองค์กร	- มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย
2 น้อย	C	เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียหายถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กรแล้ว หรือมีความเสียหายมูลค่าไม่เกิน 1,000 บาท	- มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว
	D	เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียหาย แต่ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้อันตราย/ไม่ส่งผลเสียหายต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงานและองค์กร หรือมีความเสียหายมูลค่ามากกว่า 1,000 บาท แต่ไม่เกิน 5,000 บาท	- มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังคงจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม
3 ปานกลาง	E	เกิดความคลาดเคลื่อน ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงานและองค์กร ต้องได้รับการรักษา/แก้ไขเพิ่มเติม หรือมีความเสียหายมากกว่า 5,000 บาท แต่ไม่เกิน 10,000 บาท	- มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือแก้ไขเพิ่มเติม
	F	เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ใช้เวลาแก้ไขนานขึ้น หรือมีความเสียหายมูลค่ามากกว่า 10,000 บาท แต่ไม่เกิน 50,000 บาท	- มีความผิดพลาดเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยืระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป
4 สูง	G	เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายถาวรต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงานและองค์กร หรือมีความเสียหายมูลค่ามากกว่า 50,000 บาท แต่ไม่เกิน 80,000 บาท	- มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร
	H	เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายเกือบถึงชีวิตต่อผู้รับบริการ ต้องทำการช่วยชีวิต เกิดความเสียหายต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กรต้องมีการแก้ไขอย่างเร่งด่วน (CPR) หรือมีความเสียหายมูลค่ามากกว่า 80,000 บาท แต่ไม่เกิน 100,000 บาท	- มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบถึงแก่ชีวิต (เช่น แพ้ยาแบบ Anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น)
สูงมาก	I	เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายจนถึงชีวิตต่อผู้รับบริการ เกิดความเสียหายจนแก้ไขไม่ได้ ต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงานและทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง ถูกฟ้องร้องทางสื่อทางกฎหมาย หรือมีความเสียหายมูลค่ามากกว่า 100,000 บาท	- มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

2.4 กำหนดโปรแกรมความเสี่ยงและผู้รับผิดชอบ

โปรแกรมความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ
1. ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย (PCT)	ทีม PCT
2. ด้านระบบยา (PTC)	ทีม PTC
3. ด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)	ทีม IC
4. ด้านสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV / EQ)	ทีม ENV
5. ด้านการบริหารจัดการบุคลากร	ทีม HRD
6. ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ (IM)	ทีม IM
7. ด้าน Back office	กลุ่มงานบริหาร
8. ด้านสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมองค์กร ข้อร้องทุกข์/ร้องเรียน	ทีม HRD
9. Sentinel Event	ทีม QMR

2.5 ขั้นตอนการพิจารณาระดับความรุนแรง



ระดับความรุนแรง	รายงานหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน	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.	
เกิดอุบัติการณ์ซ้ำกันมากกว่า 3 ครั้ง ภายใน 1 เดือน					RCA

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับความเสี่ยง (Risk Response)

1. การจัดการกับความเสี่ยง

นำความเสี่ยงสำคัญที่จัดทำมาดำเนินการจัดการความเสี่ยง โดยกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงตามแนวทางดังต่อไปนี้ (ความเสี่ยงระดับรุนแรงมากต้องนำมาจัดการทุกความเสี่ยง)

1.1 การเตรียมการก่อนเกิดเหตุ

สามารถทำได้โดยใช้กลยุทธ์ 4 ประเภท ดังนี้

- (1.1.1) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) คือ การที่บุคคล หรือองค์กรยุติการทำหน้าที่บางอย่างที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การที่แพทย์ยุติการทำคลอดกรณีพบว่ามีความเสี่ยงที่จะตกเลือด
- (1.1.2) การมอ่งถ่ายความเสี่ยง (Risk transfer) คือ การที่มอบหมายให้บุคคล หรือองค์กรอื่นมาทำหน้าที่ที่มีความเสี่ยงแทน เช่น การส่งผู้ป่วยไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเอกซเรย์ นอกสถานที่ก็เป็นการมอ่งถ่ายความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิดพลาดไปให้ด้วย
- (1.1.3) การป้องกันความเสี่ยง (Risk prevention) คือ การใช้มาตรการต่างๆ เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุ หรือความเสียหาย เช่น การป้องกันอุบัติเหตุ การล้างมือป้องกันการติดเชื้อ และการฝึกซ้อมเมื่อเกิดอัคคีภัย
- (1.1.4) การลดความสูญเสีย (Loss reduction) คือ กลยุทธ์ที่ใช้เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้ว เช่น การสอบสวนและการบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์ เพื่อลดภาระการชดใช้ การให้ข้อมูลที่สมบูรณ์และตรงไปตรงมา เพื่อลดการเสียชื่อเสียง กลยุทธ์สำคัญเพื่อลดความสูญเสีย คือ การดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ หรือประสบปัญหาด้วยความใส่ใจทันที

1.2 การลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ (Loss Reduction)

(1.2.1) ให้การดูแลแก้ไขปัญหา โดยฉับพลันด้วยความเอาใจใส่

(1.2.2) มีการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยและญาติ

(1.2.3) มีทีมแก้ไขความเสี่ยงตามระดับความรุนแรงของความเสี่ยงอย่างเหมาะสม

1.3 การบริหารเงินค่าเสียหายอย่างเหมาะสมและเป็นที่น่าพอใจแก่ผู้เสียหาย

(1.3.1) มีระบบประสานงานคณะกรรมการระดับจังหวัด เรื่องเงินชดเชยความเสียหายของผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์

2. ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดและเฝ้าระวังอุบัติการณ์

3. ดำเนินการควบคุมความเสี่ยงกรณีมีอุบัติการณ์สืบสวนหาสาเหตุและป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ โดยดำเนินการปรับปรุงมาตรการการจัดการความเสี่ยงเหล่านั้นเพียงพอ หรือไม่ ถ้าไม่เพียงพอให้หน่วยงานวิเคราะห์และปรับปรุงแนวทางจัดการความเสี่ยงต่อไปในกรณีที่ต้องการ การสนับสนุน การแก้ไขปัญหาให้รายงานผู้อำนวยการ หรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 ติดตาม/ประเมินผลความเสี่ยง (Risk Evaluation)

ประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยทุก 3 เดือน และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น โดยติดตามตัวชี้วัดของระบบบริหารความเสี่ยง

แนวทางการจัดการข้อร้องเรียน

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อให้มีระบบการรับและการจัดการด้านข้อร้องเรียน

1.2 เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

2. ขอบเขต

แนวทางปฏิบัตินี้ครอบคลุมตั้งแต่ช่องทางการรับข้อร้องเรียนของโรงพยาบาล การค้นหาปัญหาและสาเหตุ รวมถึงการวางแผนแนวทางแก้ไข จนถึงการรายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน

3. เอกสารอ้างอิง

3.1 แบบแสดงข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่อบริการ รหัสเอกสาร FO-QMR-15

3.2 แบบดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ รหัสเอกสาร FO-QMR-23

3.3 ทะเบียนคุมข้อร้องเรียนในโปรแกรมบริหารความเสี่ยง

4. ผู้รับผิดชอบ

4.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบุญมาก ตรวจสอบรายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน

4.2 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

- ควบคุมกำกับปฏิบัติตามแนวทางการจัดการข้อร้องเรียน

- ประสานทีมที่เกี่ยวข้องในการจัดการข้อร้องเรียน
- รายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับข้อร้องเรียนแก่ผู้บริหารและผู้ร้องเรียน

4.3 คณะกรรมการไกล่เกลี่ย

- รับเรื่องร้องเรียน
- ไกล่เกลี่ยคดีพิพาท
- ให้การช่วยเหลือเยียวยาความเดือดร้อนของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับระบบการให้บริการรักษา

5. ขั้นตอนการปฏิบัติ

5.1 ช่องทางการรับข้อร้องเรียน

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง/คณะกรรมการไกล่เกลี่ย รับข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการจากช่องทาง ดังนี้

- ผู้รับข้อเสนอแนะในโรงพยาบาล มีทั้งหมด 5 ตู้ ที่จัดไว้ ณ จุดบริการตึกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยใน ตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยห้องพิเศษ ตึกผู้ป่วยห้องคลอด-ห้องผ่าตัด โดยกำหนดให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นผู้รับผิดชอบในการเปิดตู้รับข้อเสนอแนะทุกวันทำการ เวลา 09.00-10.00 น.

- ทางโทรศัพท์ ได้แก่ หมายเลข 044-330105-6 ต่อ 105, 112
- ทาง E-mail: nongbunmakhospital@gmail.com
- ทาง Facebook ของโรงพยาบาล

5.2 การจัดการเมื่อมีข้อร้องเรียน

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง นำข้อร้องเรียนมาลงทะเบียนในโปรแกรมบริหารความเสี่ยง ดำเนินการพิจารณาข้อร้องเรียน และออกแบบดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะแก่ทีมเชิงระบบ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ทีมเชิงระบบ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการวิเคราะห์ร่วมกันหาสาเหตุและดำเนินการแก้ไข และกำหนดมาตรการป้องกัน ส่งแบบดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ ที่ได้แก้ไขและวางมาตรการในการป้องกันแล้ว คืนให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

5.3 การรายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับข้อร้องเรียน

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รวบรวมและรายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน เสนอผู้บริหารพิจารณา และแจ้งผู้ร้องเรียนต่อไป

5.4 การดำเนินการไกล่เกลี่ย กรณีเกิดการพิพาท

- ผู้ประสบเหตุการณ์พบเห็นเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการพิพาทของผู้รับบริการ แจ้งหัวหน้าหน่วยงานเพื่อแก้ไขเบื้องต้น และรายงานประธานทีมไกล่เกลี่ย

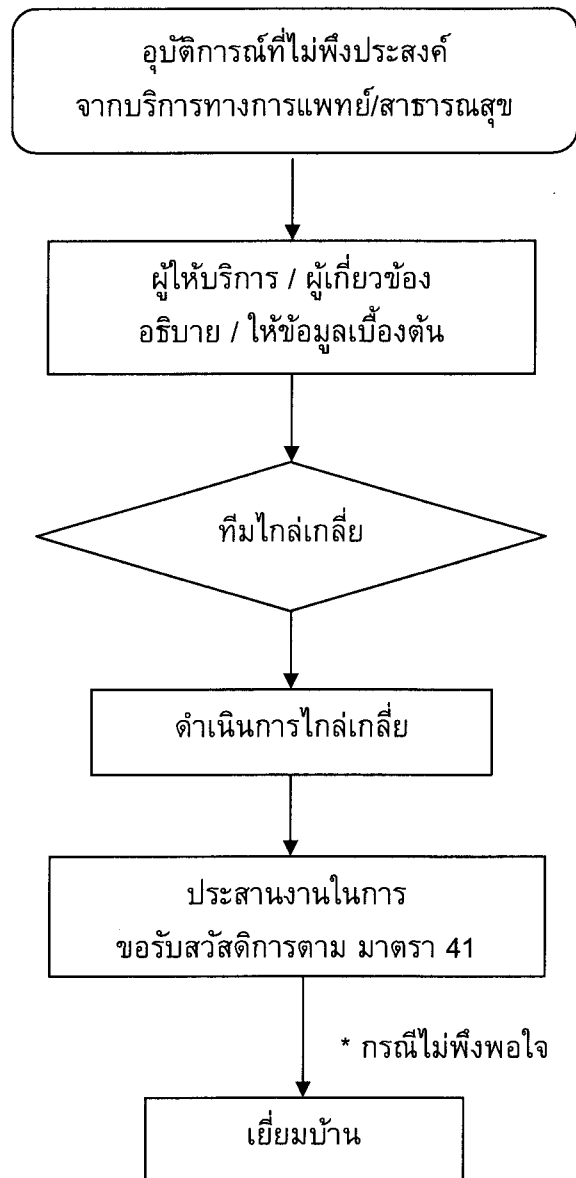
- ทีมไกล่เกลี่ยได้รับรายงาน กรณีเกิดการพิพาทดำเนินการไกล่เกลี่ย เพื่อลดข้อขัดแย้ง

- กรณีเป็นเหตุการณ์ที่เกิดความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ทีมไกล่เกลี่ยดำเนินการตามมาตรา 41 เพื่อเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ

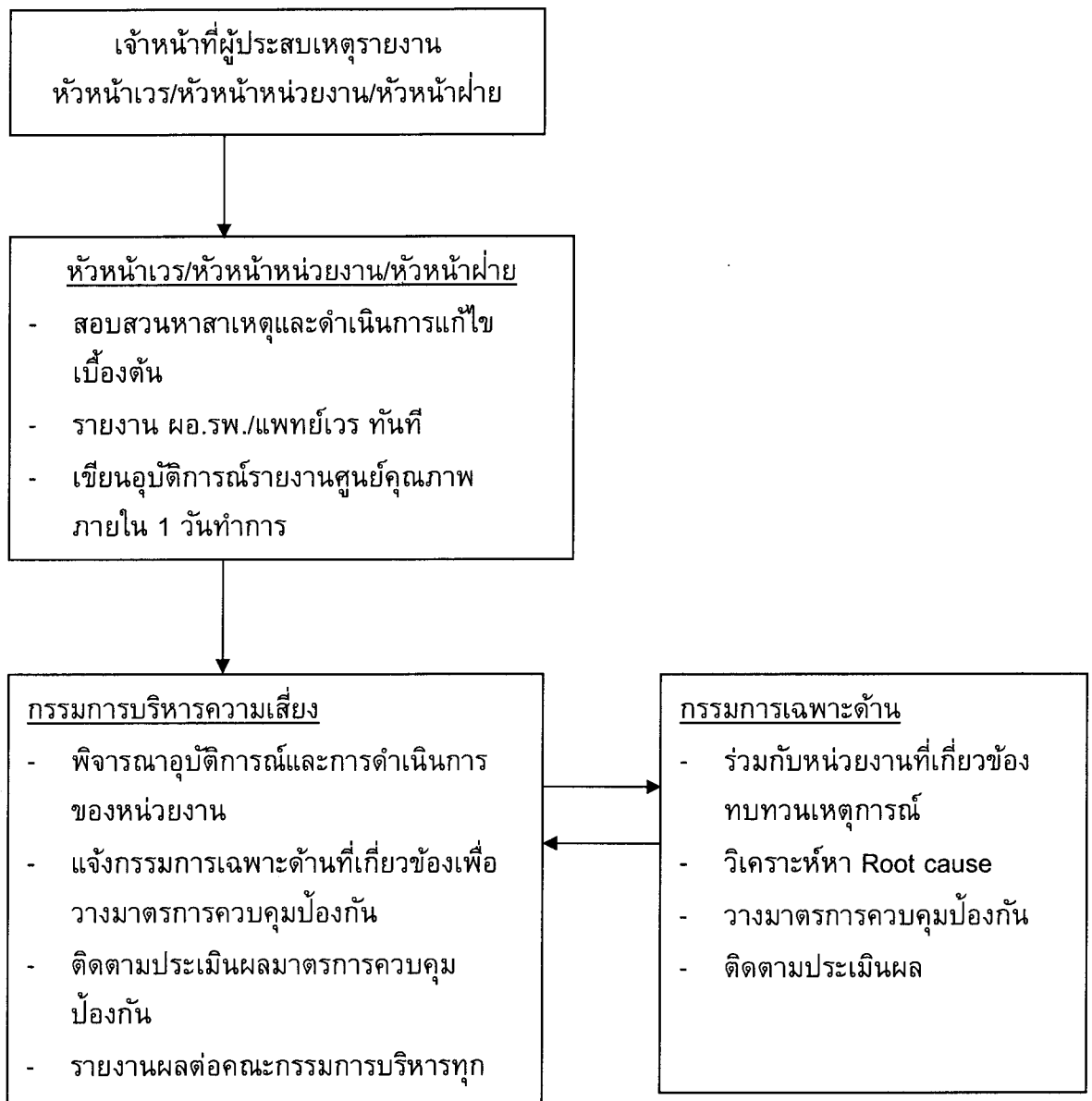
- ทีมไกล่เกลี่ยสรุปผลการดำเนินการ เสนอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อดำเนินการต่อไป

การบรรเทาผลกระทบจากอุบัติเหตุ / ภาวะไม่พึงประสงค์

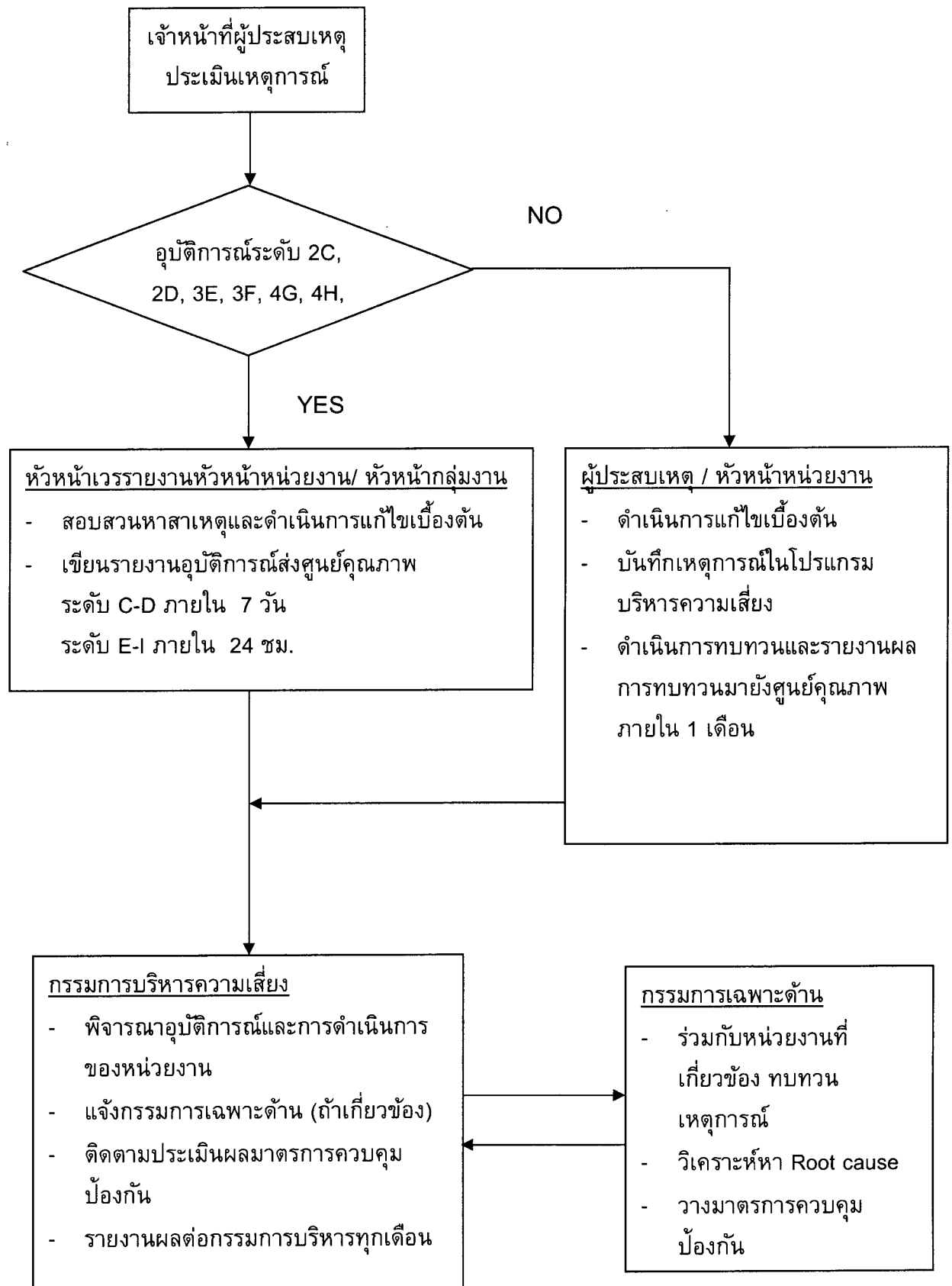
ขั้นตอนการบริการใกล้เคียง



ขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์สำคัญ / เหตุการณ์สำคัญ



ขั้นตอนการดำเนินการต่ออุบัติเหตุทั่วไป



เหตุการณ์ที่เป็น Sentinel Event ของโรงพยาบาลหนองบุญมาก

เหตุการณ์ที่เป็น Sentinel Event Clinic ดังนี้

- 1) Sudden death ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด
- 2) Medication error ระดับ G, H, I ความคลาดเคลื่อนทางยา
- 3) เกิดโรคติดต่อร้ายแรงที่ต้องรายงานและควบคุมป้องกันโดยด่วน ได้แก่ โรคไข้หวัดนก, ปอดบวมที่สงสัย SARS, อหิวาตกโรค, ไข้สมองอักเสบ, แอนแทรกซ์, โปลิโอ, พิษสุนัขบ้า, คอตีบ, ไข้เลือดออก, Mers
- 4) ผู้รับบริการ/บุคลากร ได้รับอุบัติเหตุภายในโรงพยาบาลจนเกือบเสียชีวิต หรือเสียชีวิต
- 5) ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา หรือได้รับผลกระทบจากการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกือบเสียชีวิต หรือเสียชีวิต เช่น เสียชีวิตขณะคลอด / ผ่าตัด, ให้เลือดผิด

เหตุการณ์ที่เป็น Sentinel Event Non-Clinic ดังนี้

- 1) อุบัติภัย เช่น ไฟไหม้รุนแรง
- 2) โจรกรรมทรัพย์สินภายในโรงพยาบาล (ที่มีการแจ้งความ)
- 3) เหตุวิวาทรุนแรง
- 4) การฆ่าตัวตาย/ฆาตกรรม
- 5) การใช้สารเสพติด
- 6) ข้อร้องเรียนกล่าวหาที่กระทบกับชื่อเสียงขององค์กร