

## Service Profile

### ทีมบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลปากพนัง

#### 1. บริบท<sup>1</sup> (Context)

##### (ก.) หน้าที่และเป้าหมาย

ค้นหาความเสี่ยงและควบคุมความสูญเสียของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และทรัพยากรของโรงพยาบาล ทำให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ

##### (ข.) ขอบเขตการให้บริการ ศักยภาพ ข้อจำกัด

###### ขอบเขตการให้บริการ :

ทุกหน่วยงาน ทุกทีมคุณภาพ ทำการค้นหาความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง จัดการความเสี่ยงและประเมินผลการแก้ไข

###### ศักยภาพ :

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงซึ่งประกอบด้วยหัวหน้างานทุกหน่วยงาน สามารถบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัด : เจ้าหน้าที่ไม่คุ้นเคยกับโปรแกรมความเสี่ยงที่ใช้ในปัจจุบัน

##### (ค.) ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

###### ลูกค้าภายใน

ฝ่าย / หน่วยงาน	ความต้องการ
ทุกหน่วยงาน	- ต้องการรับทราบอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นหรือเกี่ยวข้องของหน่วยงานตนเองในเวลาที่เหมาะสม - ต้องการการทบทวนตามระยะเวลาที่กำหนด - ในหน่วยงานไม่เกิดอุบัติการณ์ที่รุนแรง
เจ้าหน้าที่ทุกคน	- ต้องการความปลอดภัยจากการให้บริการ

###### ลูกค้าภายนอก

ผู้รับบริการ	- ได้รับความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ
ประชาชน	- ได้รับความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม จากระบบกำจัดของเสียของโรงพยาบาล

##### (ง.) ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน

ทุกหน่วยงาน ทีมคุณภาพ บริหารความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

<sup>1</sup> เขียนอย่างสรุป ความยาวไม่เกิน 1 หน้า สามารถใช้ตารางสรุปในบางเรื่องได้

(จ.) ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ (จุดเน้นในการพัฒนา)

\* ความท้าทาย

1. การสร้างความตระหนักและให้เห็นคุณค่าในการรายงานอุบัติการณ์
  2. การกระตุ้นให้มีการค้นหาความเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือต่างๆ
  3. การกำหนดระดับความรุนแรงและแก้ไขความเสี่ยงภายในเวลาที่กำหนด
- ความเสี่ยงสำคัญ

- 1.การค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานไม่ครอบคลุม
- 2.การทบทวนและแก้ไขอุบัติการณ์ไม่เป็นไปในระยะเวลาที่กำหนด
- 3.การรายงานความเสี่ยงไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน
- 4.เจ้าหน้าที่ไม่คุ้นเคยในการบันทึกอุบัติการณ์ การใช้โปรแกรมความเสี่ยง

\* ความเสี่ยงสำคัญ

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1.	การค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานไม่ครอบคลุม การทบทวนและแก้ไขอุบัติการณ์ไม่เป็นไปในระยะเวลาที่กำหนด	1.ทบทวนคู่มือบริหารความเสี่ยง 2.สร้างความเข้าใจกระบวนการบริหารความเสี่ยง การค้นหาความเสี่ยง -ช่องทางการค้นหาความเสี่ยง -การใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น trigger tool โดยกำหนดตัว trigger ทั้งหมด 15 ตัว -ทบทวน 12 กิจกรรม -กระบวนการหลักของหน่วยงาน การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การประเมินผล	-ปรับปรุงคู่มือความเสี่ยงล่าสุดเมื่อ 20 มกราคม 2566 -ร้อยละการแก้ไขอุบัติการณ์ตามเวลาที่กำหนด 78.89 %
2.	การรายงานความเสี่ยงไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน	1.ผู้บริหารสูงสุดกำหนดนโยบายความปลอดภัย ร่วมกระตุ้นให้หน่วยงานบันทึกอุบัติการณ์และแก้ไข 2.หัวหน้าทุกหน่วยงานเป็นกรรมการบริหารความเสี่ยง	-ร้อยละหน่วยงานมีการรายงานความเสี่ยง 34.69 %

3.	เจ้าหน้าที่ใหม่ไม่คุ้นเคยการใช้โปรแกรมความเสี่ยง NRLS	1.ประชุมแนะนำการใช้โปรแกรมแก่เจ้าหน้าที่ทุกคน 2.กำหนดให้หัวหน้าหน่วยงานร่วม แนะนำ ติดตาม การใช้โปรแกรมแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน 3.กิจกรรมที่สอนน้องในเวร 4.วางแผนการอบรมนำไปใช้จริง	-เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานใช้โปรแกรมถูกต้อง -ผลการสุ่มRM Round ให้เข้าใช้โปรแกรม จำนวน 20 คน สามารถเข้าใช้งานได้ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60 สาเหตุ ลืมรหัส ไม่เคยเข้าใช้โปรแกรมรายงานความเสี่ยง -ยื่นขอในการ reset รหัสใหม่จำนวน 39 คน ติดตามผลสามารถเข้าใช้โปรแกรม NRLS ได้ทั้งหมด
----	-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

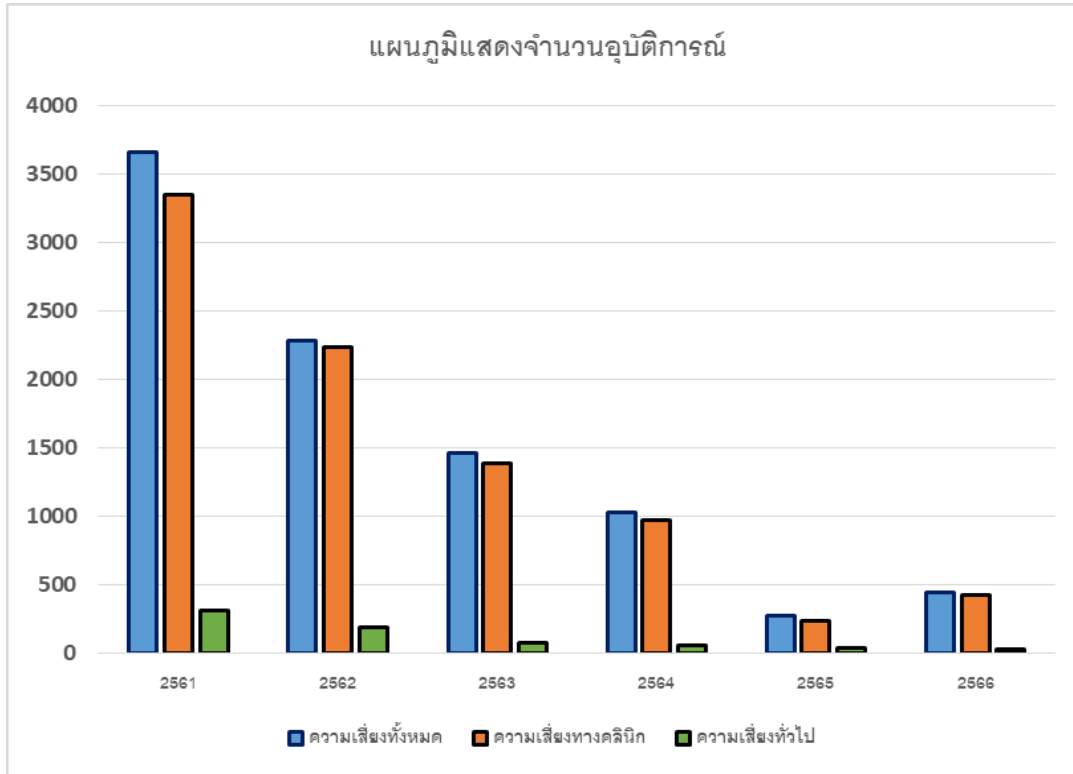
**\* จุดเน้นในการพัฒนา**

1. การสร้างความรู้ ความเข้าใจในการใช้โปรแกรมความเสี่ยง
2. การค้นหาความเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือต่างๆ
3. การประเมินระดับความรุนแรงและการแก้ไขอุบัติการณ์
4. ทำ Risk register ทุกหน่วยงาน
5. ความต่อเนื่องในการประชุมปรึกษาทางไลน์กลุ่มความเสี่ยงและประชุมคณะกรรมการความเสี่ยงทุกเดือน

(จ.) ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง :

(ข.) ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) :

### จำนวนอุบัติเหตุ



รายการ	2561	2562	2563	2564	2565	2566
ความเสี่ยงทั้งหมด	3659	2284	1460	1024	270	445
ความเสี่ยงทางคลินิก	3345	2232	1385	972	231	423
ความเสี่ยงทั่วไป	313	183	75	52	39	22

จากกราฟแท่งแสดงจำนวนอุบัติเหตุของปี 2561-2566 มีจำนวน 3659 , 2284, 1460, 1024, 270 และ 445 ครั้ง จำนวนอุบัติเหตุลดลงในแต่ละปี พบอุบัติเหตุที่ลดลงเป็นอุบัติเหตุที่เกือบพลาดจากความคลาดเคลื่อนทางยา จากการที่มีการทบทวนและการปรับการเฝ้าระวังการเกิด ความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มมากขึ้น ส่วนอุบัติเหตุจากการดูแลผู้ป่วยลดลงยกเว้นกรณีหน่วยงานทางคลินิกให้มีการค้นหาความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น Trigger Tool , ทบทวน 12 กิจกรรม

## 2. อัตรากำลัง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จำนวน 24 คน ประกอบด้วย

แพทย์	จำนวน 1 คน
ทันตแพทย์	จำนวน 1 คน
เภสัชกร	จำนวน 3 คน
นักรังสีเทคนิคการแพทย์	จำนวน 1 คน
พยาบาลวิชาชีพ	จำนวน 12 คน
นักเทคนิคการแพทย์	จำนวน 1 คน
นักจัดการงานทั่วไป	จำนวน 1 คน
แพทย์แผนไทยปัจจุบัน	จำนวน 1 คน
นักวิชาการเงินและบัญชี	จำนวน 1 คน
นักกายภาพบำบัด	จำนวน 1 คน
นักโภชนาการ	จำนวน 1 คน

## 3.เทคโนโลยี

ใช้โปรแกรมความเสี่ยง NRLS ( National Reporting Learning System )

## 4.เครื่องมือที่สำคัญ

ใช้โปรแกรม NRLS ในคอมพิวเตอร์หรือ ผ่านมือถือทาง google chrome

## .2.กระบวนการสำคัญ (Key Process)

### 2.1 กระบวนการหลัก

2.1 กระบวนการหลัก	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
-การค้นหาความเสี่ยง	-ทุกหน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับ และบันทึกอุบัติการณ์ในโปรแกรมความเสี่ยง	ความครอบคลุมการรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงาน
-การประเมินและจัดอันดับความรุนแรง	-ทีมความเสี่ยงมีการround ทุก 3 เดือน	อุบัติการณ์ระดับความรุนแรง E-I ได้รับการแก้ไข
-การจัดการความเสี่ยง	-ทุกหน่วยงาน ทีมคุณภาพ ประเมินอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นทันเวลาเป็นปัจจุบัน	
-การประเมินผล	-ผู้รับบริการ ประชาชน สิ่งแวดล้อมปลอดภัย	
	-ทุกหน่วยงานติดตามการดำเนินการตามมาตรการป้องกัน	จำนวนอุบัติการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นซ้ำ

กระบวนการหลัก	กิจกรรม
<p>การค้นหาความเสี่ยง</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-กระตุ้นให้หน่วยงานและทีมค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากกระบวนการหลัก</li> <li>-รวบรวมความเสี่ยงที่ได้จากการค้นหาในกระบวนการหลัก</li> <li>-รวบรวมอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล</li> <li>-จัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน</li> </ul>
<p>การประเมินความเสี่ยง</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>การจัดการกับความเสี่ยง</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-จัดลำดับความสำคัญของอุบัติการณ์</li> <li>-ประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์</li> <li>-ประเมินข้อเท็จจริง</li> <li>-ควบคุมความเสียหาย</li> <li>-การป้องกัน/ควบคุมความสูญเสีย</li> <li>-การชดเชยความสูญเสีย</li> <li>-การจัดการความเสี่ยงการบริการของแพทย์</li> </ul>
การประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ประเมินการสะท้อนกลับ/ผลการแก้ไขและวิธีการแก้ปัญหา</li> <li>-ประเมินผลการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ</li> <li>-ทบทวนระบบบริหารความเสี่ยง</li> </ul>

### โปรแกรมความเสี่ยง

ลำดับ	โปรแกรม	ผู้รับผิดชอบ
1	หมวดเวชระเบียนและสารสนเทศ	ทีม IM
2	หมวดป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	ทีม IC
3	หมวดโครงสร้างทางกายภาพ	ทีม ENV
4	หมวดยา สารน้ำ และการให้เลือด	ทีม PTC
5	หมวดการดูแลผู้ป่วย	ทีม PCT
6	หมวดทรัพยากรบุคคล	ทีม RM
7	หมวดสิทธิของผู้ป่วย/ข้อร้องเรียน	ทีม RM

โปรแกรมที่ 1. หมวดเวชระเบียนและสารสนเทศ

อุบัติการณ์	ความรุนแรง	การแก้ไข/ป้องกัน
การระบุตัวผู้ป่วย ผิดพลาด ออกบัตรผิดคน	8 (8 ครั้ง)	1. ทบทวนการตรวจสอบรายชื่อโดยการสอบถามให้ผู้ป่วยบอกชื่อสกุลเอง การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ให้เป็นปัจจุบัน >> สอบถามข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ชื่อ-สกุล หมายเลขโทรศัพท์ ที่อยู่ปัจจุบัน (ไม่เอาที่อยู่ตามบัตรประชาชน) และข้อมูลผู้ติดต่อเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน และตรวจสอบข้อมูลสิทธิการรักษา ทุกครั้ง การบันทึกข้อมูลประชากร เพิ่ม person -ห้องบัตรไม่ต้องบันทึกข้อมูลเพิ่ม person >> IT ล็อก การเข้าใช้งาน เพิ่ม person -นำใบกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ให้กลุ่มงานเวชฯ ตรวจสอบ Type ประชากร -กลุ่มงานเวชฯ นำข้อมูลให้ IT Update เพิ่ม Person ลง Type ประชากร ตามที่กลุ่มงานเวชฯ ตรวจสอบ
การบันทึกเวชระเบียน ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน	6 (4 ครั้ง)	-ทีม IM สุ่ม audit เวชระเบียนผู้ป่วยในและนอก -ประชุมหน่วยงานและทบทวนมีการบันทึกทางการพยาบาลให้ครบถ้วน พบปัญหาจากการที่อัตรากำลังน้อยไม่สามารถดึงคนมาเพิ่มได้จากการขาดอัตรากำลังที่เพียงพอ ทำให้ความสามารถในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลไม่ได้ครบทุกเพิ่มผู้ป่วย มีการทำแผนเพิ่มอัตรากำลังเดือนเมษายน 2566
เกิดอุบัติการณ์ด้าน ความมั่นคงปลอดภัย ไซเบอร์ที่ทำให้ข้อมูล สารสนเทศของ สถานพยาบาลทำให้ เสียหาย	3 (1 ครั้ง)	-ติดตั้งระบบ Antivirus และ Firewall พร้อมลิขสิทธิ์บนเครื่องคอมพิวเตอร์และกำลังดำเนินการตามแผนปรับปรุงระบบเครือข่ายภายในโรงพยาบาลให้มีความเร็วในการรับส่งข้อมูลเป็น 1000 Mb/s หรือสูงกว่า เพื่อให้การใช้งานโปรแกรมต่างๆ มีความรวดเร็ว

**โปรแกรมที่ 2. ป้องกันการควบคุมการติดเชื้อ**

อุบัติการณ์	ความรุนแรง	การแก้ไข/ป้องกัน
บุคลากรติดเชื้อทางอากาศairbone transmission	6 (4ครั้ง)	1.ส่งพบแพทย์ดูแลแบบHome Isolation ให้ถือว่าไม่ขาดงานใช้สิทธิ์ลาป่วยและจัดอัตรากำลังทดแทน 2.ทบทวนมาตรการการป้องกันการติดเชื้อ ความเพียงพอและพร้อมใช้ของวัสดุ อุปกรณ์ป้องกันตนเองนำไปใช้ถูกต้อง
บุคลากรถูกวัสดุอุปกรณ์มีคมทิ่มตำ	4 (2ครั้ง)	1.ทบทวนการสวมปลอกเข็มคืนโดยใช้ one hand technique 2.ทบทวนการปฏิบัติตามระเบียบการปฏิบัติเรื่องการป้องกันความเสี่ยงของบุคลากรได้รับบาดเจ็บจากของมีคม

**โปรแกรมที่ 3. โครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม เครื่องมือ การเงิน**

อุบัติการณ์	ความรุนแรง	การแก้ไข/ป้องกัน
เกิดปัญหาการจัดการสภาพแวดล้อมในการให้บริการระบบลิฟท์ขัดข้อง	4 (3ครั้ง)	ปฏิบัติตามแนวทางระบบซ่อมบำรุงรักษา ได้ประสานช่างทางบริษัทเข้ามาปรับเปลี่ยนตัวอุปกรณ์ที่มีปัญหาของตัวควบคุมทางกลของประตูลิฟท์
เกิดปัญหาการควบคุมการใช้ทรัพยากรไม่เหมาะสม	2 (2ครั้ง)	1.ตรวจสอบการทำความสะอาดเครื่องมือทุกชิ้นและไม่นำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ 2.ทบทวนการเก็บเครื่องมือหรือของมีคม



โปรแกรมที่ 4 . ยา สารน้ำ และการให้เลือด

อุบัติการณ์	ความรุนแรง	การแก้ไข/ป้องกัน
Medication error :Pre- Prescribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการเตรียมจ่ายยา)	5 (43 ครั้ง)	1. ทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการพิมพ์ผลยาก่อนสั่งพิมพ์ ให้ตรวจสอบชื่อ ความแรง จำนวนยาให้ถูกต้อง 2. การจัดยาต่างชนิดกันแต่มีความแรงเดียวกัน ให้ตรวจสอบชื่อสกุล อ่านฉลากยาให้ตรงกับป้ายชื่อยาที่จัดและตัวยาที่แพทย์สั่ง 2 รอบ ก่อนจัดยาและก่อนส่งมอบเภสัชกร
Medication error : Prescribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการสั่งใช้ยา)	10 (23 ครั้ง)	ประสานแพทย์ เพื่อปรึกษาในการปรับขนาดยาที่เหมาะสม ถูกต้อง

โปรแกรมที่ 5 การดูแลผู้ป่วย

อุบัติการณ์	ความรุนแรง	การแก้ไข/ป้องกัน
PPH with complicate	12 (4 ครั้ง)	1. ทำตามแนวทาง PPH 2. ตรวจสอบการฉีกขาดของช่องทางคลอดอย่างละเอียดและเฝ้าสังเกตอาการหลังคลอดตามแนวทาง
Severe birth asphyxia	6 (3 ครั้ง)	1. ปฏิบัติตามแนวทาง thick meconium 2. ฝึกการอบรม NCPR ประจำปี และทบทวน NCPR ในหน่วยงานห้องคลอด 3. มีระบบการรายงานแพทย์เพื่อมารับเด็กที่คลอดด้วยหัตถการ สูติศาสตร์ 4. ปรับปรุงแนวทางการดูแลขณะเบ่งคลอดทำ NST เวนละครึ่งขณะเบ่งคลอดทุก 5 นาที ส่วนครรภ์เสี่ยง monitor ขณะเบ่งคลอดตลอดเวลา
ทารกเสียชีวิตจากการคลอด	5 (1 ครั้ง)	1. พยายามให้คลอดทางช่องคลอดถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ 2. ทำการ Set OR for C/S ถ้าเปิดห้องผ่าตัดไม่ได้ ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย กรณีฉุกเฉินตามทีมจากห้องฉุกเฉินหรือตึกตามลำดับ

<p>ท่อเลื่อนหลุด</p>	<p>6 (5ครั้ง)</p>	<p>1. ทบทวนการดูแลขณะส่งต่อ  2. จัดให้มีการอบรมและฟื้นฟูความรู้การดูแลขณะส่งต่อให้มีความพร้อมและทันสมัยเมื่อ 27 ธันวาคม 2565 โดยพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินรุ่นที่ 3 จบจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี  3. จัดประชุมและชี้แจงในการประชุมฝ่ายการพยาบาลและในไลน์กลุ่มฝ่ายการพยาบาลเพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสารเมื่อมีปัญหาขณะส่งต่อ  4. จัดให้มีการฝึกประสบการณ์พยาบาลจบใหม่ในการส่งต่อคู่กับรุ่นพี่ที่มีประสบการณ์มากกว่า 3 ปี ก่อนที่จะมีการจัดเวรปฏิบัติจริง</p>
----------------------	-----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

โปรแกรมที่ 6 ทรัพยากรบุคคล

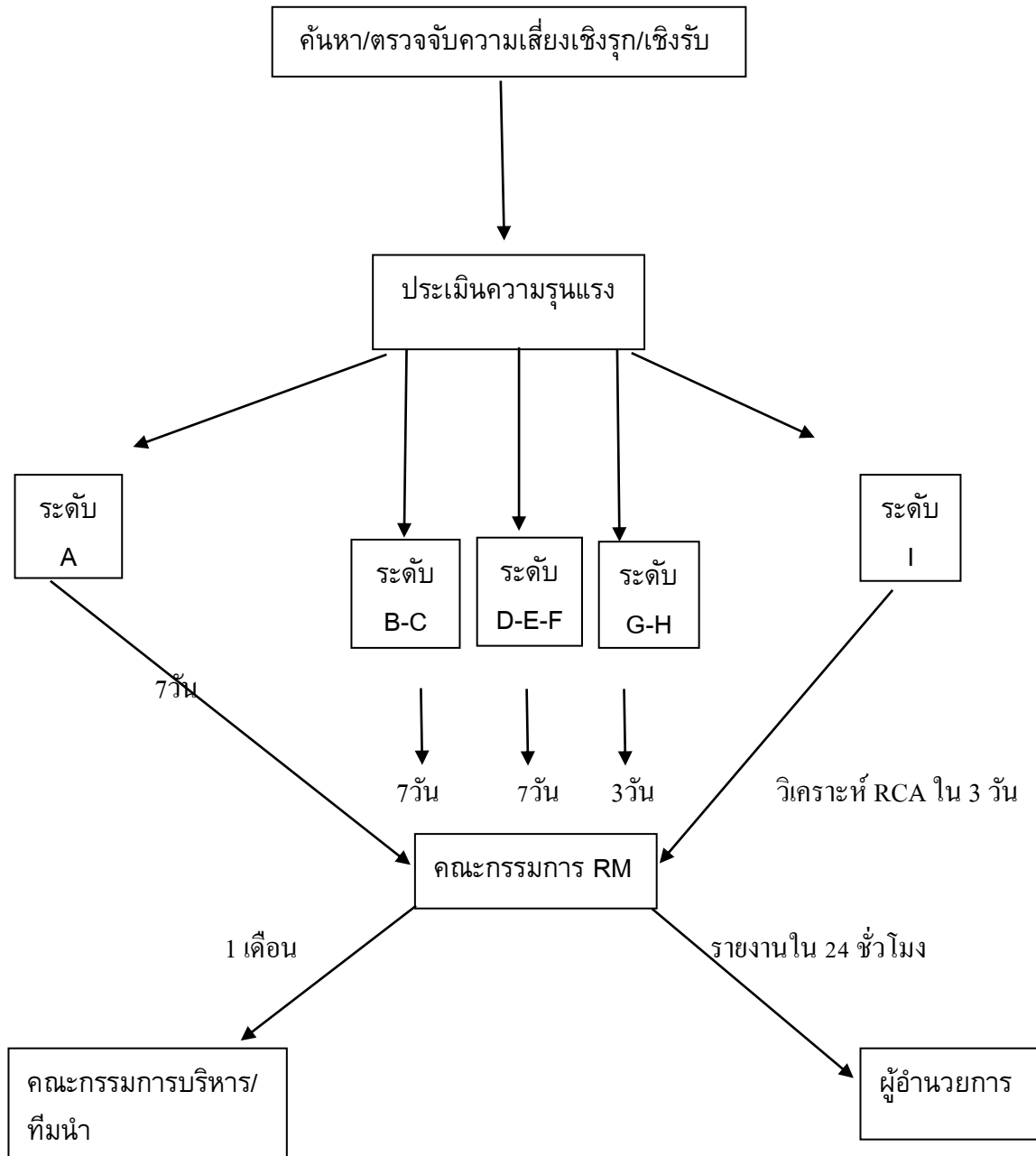
<p>อุบัติการณ์</p>	<p>ความรุนแรง</p>	<p>การแก้ไข/ป้องกัน</p>
<p>เกิดปัญหาการควบคุมดูแลด้านวิชาชีพ</p>	<p>1 (1ครั้ง)</p>	<p>การจัดตารางเวรพนักงานขับรถ scott ให้แยกจัดกับเวรส่งต่อผู้ป่วย</p>

โปรแกรมที่ 7 สิทธิของผู้ป่วย/ข้อร้องเรียน

<p>อุบัติการณ์</p>	<p>ความรุนแรง</p>	<p>การแก้ไข/ป้องกัน</p>
<p>ร้องเรียนเรื่องแผลเย็บติดเชื้อ</p>	<p>3 ( 1 ครั้ง)</p>	<p>ปัญหาจากขาดการประเมินและการส่งต่อผู้ป่วยที่มีsing inflammation โดยผู้ชำนาญของโรงพยาบาล สุขภาพประจำตำบล แก้ไข 1.มีการนัดทำแผลเย็บทุกวันโดยการนัดทั้งในคอมพิวเตอร์ ใบนัดเขียนพร้อมคำอธิบายและแนะนำแก่ผู้ป่วยในการดูแลบาดแผลโดยตรง 2.ส่งข้อมูลทางไลน์เครือข่ายโรงพยาบาลสุขภาพประจำตำบลในการส่งข้อมูลการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ผลการรักษาที่ต่อเนื่อง กล่าวชื่นชมการปฏิบัติที่ถูกต้องและเสนอแนะในรายที่มีการดูแลผิดพลาด เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย 3.ติดต่อประสานงานผู้ป่วยให้มาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินทันทีเมื่อทราบเรื่อง ผู้ป่วยมาถึงนอกเวลาราชการ แพทย์เวรปรึกษาศัลยแพทย์ทั่วไปให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 คืน ผู้ป่วยขอลกลับไปรักษาที่บ้านโดยใช้ยากินและทำแผลทุกวันจนแผลหายปกติ</p>
<p>การตรวจสุขภาพต่างตัวไม่ได้ตามความต้องการ</p>	<p>2 (1ครั้ง)</p>	<p>1.ปรับปรุงระบบนัดการตรวจสุขภาพและแจกเอกสาร 2.ประชาสัมพันธ์ทางfacebook โรงพยาบาล ให้บริการตรวจห้องตรวจสุขภาพทุกวันพฤหัสบดี</p>

## กระบวนการบริหารความเสี่ยง

กระบวนการบริหารความเสี่ยง เริ่มจากค้นหา/ตรวจจับความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง (การรายงาน/แก้ไขความเสี่ยง) การติดตามและประเมินผล



**ระดับความรุนแรง**

ระดับ	ผลกระทบ
A	(เกิดที่นี้) เกิดเหตุการณ์ขึ้นหลังจากตัวเองค้นพบได้ด้วยตัวเอง สามารถปรับแก้ไขได้ ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่น ผู้ป่วย และบุคลากร
B	(เกิดที่ไกล) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งผลกระทบต่อเหตุการณ์ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร
C	(เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น และมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร แต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย
D	(ให้ระวัง)เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบกับผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ ว่าไม่เป็นอันตราย
E	(ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มมากขึ้น
F	(เยียวานาน) เกิดความผิดพลาดมากขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติ หรือเกินกำหนด ผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องรักษา/นอน โรงพยาบาลยาวนานขึ้น
G	(ต้องพิจารณา) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ทำให้เกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง /ความเชื่อถือ หรือมีการร้องเรียน
H	(ต้องการปรับ) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร มีผลทำให้ต้องการช่วยชีวิตหรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล
I	(จำใจลา) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียง โดยมีการฟ้องร้องทางศาล/ สื่อ

**ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไป**

ระดับ	ผลกระทบ
1	เกิดความผิดพลาดขึ้นแต่ไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 0-10,000 บาท)
2	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยมีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 10,001-50,000 บาท)
3	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบ (ที่ต้องการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 50,001-250,000 บาท)
4	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว (ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 250,001-10,000,000บาท )
5	เกิดความผิดพลาดนั้นแล้ว และมีผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหายมากกว่า 10 ล้านบาท)

### 3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566
จำนวนความเสี่ยงที่รับการรายงานทั้งหมด	>5000 เรื่อง	3659	2467	1460	1024	270	445
ร้อยละการรายงาน near miss	>70%	72	76	17.3	37.5	48.1	75.2
ร้อยละอุบัติการณ์E-Iที่ได้รับการแก้ไข	100	72.6	84.3	83	83.3	81.4	62.5
ร้อยละอุบัติการณ์3-5ที่ได้รับการแก้ไข	100	100	100	100	100	100	25
อัตรา AE :1000 วันนอน	<5:1000 วันนอน	3.58	2.67	3.58	1.39	2.07	0.84

### 4.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อให้เป็นไปตามที่คาดหวังและป้องกันความเสี่ยงสำคัญของแต่ละกระบวนการ (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ลำดับ	เรื่อง	กระบวนการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1.	อบรมการบริหารความเสี่ยง	-อบรมการบริหารความเสี่ยงแก่เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงาน	ร้อยละหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยง 34.69

### 4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

ลำดับ	เรื่อง	กระบวนการ	เครื่องชี้วัด
1.	-พัฒนาการ ค้นหาความเสี่ยง	-กำหนดเครื่องมือในการค้นหาความเสี่ยง -ติดตามการค้นพบความเสี่ยงเชิงรุกในที่ประชุมกรรมการบริหารความเสี่ยง -สรุปรายงานความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานต่อทีม -RM round ค้นหาปัญหาของการบริหารความเสี่ยงในแต่ละหน่วยงาน และให้ความรู้การบริหารความเสี่ยงแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน -ปรับให้เจ้าหน้าที่ที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ บันทึกเหตุการณ์ในโปรแกรมแทนการลงสมุด	-ร้อยละหน่วยงาน ในโรงพยาบาล มีการรายงาน อุบัติการณ์
2.	อบรมการบริหาร ความเสี่ยงและ การใช้โปรแกรม ความเสี่ยง NRLS	-อบรมการบริหารความเสี่ยงแก่แกนนำ หน่วยงานของทุกหน่วยงาน ทางคลินิก	-จำนวนอุบัติการณ์ เพิ่มขึ้น

5.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

โครงการ/ วัตถุประสงค์	เครื่องชี้วัด/เป้าหมาย	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับ ผิดชอบ	งบประมาณ
พัฒนาระบบการรับ เรื่องร้องเรียนและ คุ้มครองสิทธิ  วัตถุประสงค์ -เพื่อพัฒนาระบบข้อ ร้องเรียนตามมาตรฐาน สปสช.	-ข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไขร้อยละ 100 -ข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนดเกินร้อยละ 80  เป้าหมาย -ทีมนำ/ทุกหน่วยงาน	มีศูนย์รับเรื่องร้อง เรียน/ คณะกรรมการ ไต่ถามไต่สวน	ตุลาคม 2565- กันยายน 2566	RM ทีมไต่ถามไต่สวน	0
อบรมฟื้นฟูความรู้ การบริหารความเสี่ยง และการรายงานผ่าน โปรแกรมความเสี่ยง NRLS แก่ จนทใน หน่วยงานทางคลินิก  วัตถุประสงค์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่มี ความรู้ ความเข้าใจใน การค้นหา และการลง รายงานความเสี่ยง โปรแกรมความ เสี่ยง NRLS	บุคลากรสามารถรายงาน ความเสี่ยงจากโปรแกรม ความเสี่ยงได้ มากกว่า ร้อยละ 90  เป้าหมาย -ทีมนำ/พยาบาลทุกหน่วย งานทางคลินิก	หัวหน้างานมีการ ประชุม/สอนการ ใช้โปรแกรมความ เสี่ยง NRLS	ตุลาคม 2565- กันยายน 2566	RM คณะกรรมการ การบริหาร ความเสี่ยง	0
อบรมทีมนำ/หน่วยงาน ในการบริหารความเสี่ยง  วัตถุประสงค์ เพื่อให้ทีมนำและทุก หน่วยงานสามารถ บริหารความเสี่ยงได้ อย่างมีประสิทธิภาพ	ทุกหน่วยงานมีการบริหาร ความเสี่ยง  เป้าหมาย -ทีมนำ/ทุกหน่วยงาน		ตุลาคม 2565- กันยายน 2566	RM คณะกรรมการ การบริหาร ความเสี่ยง	20,000

<p>ประกวดหน่วยงานการ จัดการความเสี่ยงดีเด่น</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ ทุกหน่วยงานมีการ บริหารความเสี่ยงและมี การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>-จำนวนหน่วยงานที่ส่งเข้า ประกวด</p> <p>-จำนวนหน่วยงานที่ผ่าน เกณฑ์พื้นฐานการประกวด</p> <p><b>เป้าหมาย</b> ทุกหน่วยงาน</p>	<p>จัดประกวดหน่วย งานที่มีจำนวนการ รายงานความเสี่ยง สูงและหน่วยงาน ที่มีการจัดการ ความเสี่ยงดีเด่น</p>	<p>ตุลาคม 2565- กันยายน 2566</p>	<p>RM</p>	<p><b>10,000</b></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	-----------	----------------------



ว5.1. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง<sup>6</sup>

โครงการ/ วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	วิธีดำเนินการ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
พัฒนาระบบการ รับเรื่องร้องเรียน และคุ้มครองสิทธิ	ตุลาคม 2565- กันยายน 2566	มีศูนย์รับเรื่อง ร้อง เรียน/ คณะกรรมการ ใกล้เคียง	จำนวนข้อร้องเรียน ได้รับการแก้ไข จำนวนข้อร้องเรียน ได้รับการแก้ไข ภายในระยะเวลาที่ กำหนด	-ข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไขร้อยละ 100 -ข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนดเกินร้อยละ 80	-กมลรัตน์ กิจโพธิ์สงค์
อบรมเรื่องการ รายงานและ จัดการการบริหาร ความเสี่ยงใน องค์กร	ตุลาคม 2565- กันยายน 2566	หัวหน้างานมีการ ประชุม/สอนการ ใช้โปรแกรมความ เสี่ยง NRLS	ทุกหน่วยงานมีการ บริหารความเสี่ยง	หน่วยงานมีการบริหาร ความเสี่ยงครบ 100%	-อาริยา จันทร์นวล
การมีส่วนร่วม ประชุมOnsite กับ สรพ.	ตุลาคม 2565- กันยายน 2566	ติดตามแผนการ ประชุมพรีกับ ทางสรพ.ผ่าน ทางไลน์กลุ่ม3P Safetyหรือผ่าน ทางสื่อออนไลน์ อื่น	ได้มีคณะกรรมการ บริการความเสี่ยงเข้า ร่วมประชุมทาง Onsite ร่วมกับ สรพ.	คณะกรรมการบริการ ความเสี่ยงเข้าร่วมประชุม อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	-อาริยา จันทร์นวล

