

## เป้าหมาย

เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและสิ่งแวดล้อม

## พันธกิจ

ค้นหาความเสี่ยงครอบคลุมทุกหน่วยงาน ทุกทีมคร่อมสายงาน มีมาตรการป้องกัน และมีการกำจัดความเสียหายแก่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติ และชุมชน

## ขอบเขตบริการ

1. กำหนดนโยบายและวางแผนค้นหาความเสี่ยง
2. กำหนดโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล
3. วิเคราะห์ความเสี่ยงของหน่วยงานในโรงพยาบาล
4. ส่งเสริมการเฝ้าระวัง ป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
5. บริหารจัดการเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น
6. ให้ความรู้และสนับสนุนหน่วยงานต่าง ๆ ในการบริหารความเสี่ยง

## ความต้องการของผู้มารับบริการ

### ผู้ป่วยและญาติ

1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา
2. ไม่เกิดการบาดเจ็บ อันตรายขณะมารับบริการในโรงพยาบาล
3. ได้รับการรักษาสิทธิของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

### ประชาชนทั่วไป

ไม่เกิดการทำลายสิ่งแวดล้อม อันมีสาเหตุเนื่องมาจากโรงพยาบาล

## ความต้องการของผู้ร่วมงาน

### ในหน่วยงาน

1. ไม่เกิดอุบัติเหตุและโรคที่เกิดจากการทำงาน
2. ได้รับคำแนะนำในการบริหารความเสี่ยง
3. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และมีการปรับปรุงแก้ไขเพื่อลดการเกิดความเสี่ยงซ้ำอีก
4. มีการเชื่อมประสานงานระหว่างหน่วยงาน ในการลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

### ในโรงพยาบาล

1. ลดความสูญเสีย หรือความเสียหายต่อทรัพย์สินของโรงพยาบาล
2. ลดข้อร้องเรียนที่จะทำให้เกิดความเสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล

## นโยบาย

ทุกหน่วยงาน มีระบบการบริหารความเสี่ยง (ตั้งแต่การค้นหา การประเมิน การแก้ไขและการป้องกัน)อย่างมีประสิทธิภาพ

## หน้าที่ของคณะกรรมการ

1. กำหนดนโยบาย และวางแผนกลยุทธ์ในการบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล
2. จัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลและสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ
3. รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
4. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวนอุบัติการณ์ จัดการความเสี่ยง และการแก้ไข เชิงระบบ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
5. ให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลและสร้างความตื่นตัวทั้งองค์กรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง
6. พัฒนาระบบฐานข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล
7. ติดตามผลการดำเนินงาน การบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่าง ๆ
8. สรุปรายงาน และประมวลผลความเสี่ยง เพื่อวางมาตรการบริหารความเสี่ยง

## บทบาทหน้าที่หัวหน้างาน

1. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน ดำเนินการทบทวนและแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน และกระตุ้นให้มีการรายงานความเสี่ยง
2. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงภายในหน่วยงาน และวางมาตรการป้องกัน ควบคุม ความเสี่ยงที่สำคัญ
3. ตรวจสอบความถูกต้องของการจัดประเภท การประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานดำเนินการ ลงนามรับทราบบันทึกรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ภายในหน่วยงานที่เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานบันทึกรายงาน
4. นำทีมทบทวนอุบัติการณ์ภายในหน่วยงาน และลงข้อมูลในโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง
5. รวบรวมสถิติ วิเคราะห์ ตัวชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงภายในหน่วยงาน
6. นำเสนอข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานแก่คณะกรรมการ RM

## บทบาททีมคร่อมสายงาน

1. ทีมคร่อมสายงาน/ทีมนำด้านต่าง ๆ จัดทำมาตรการป้องกันให้สอดคล้องกับนโยบายความเสี่ยงของโรงพยาบาล
2. ร่วมจัดการและแก้ไขปัญหาเชิงระบบ ในระบบงานที่เกี่ยวข้อง

## บทบาทตัวแทนความเสี่ยงของหน่วยงาน

1. เป็นผู้ประสานงานด้านการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน
2. เป็นแกนนำในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน
3. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานค้นหาและรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน
4. รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยงของหน่วยงาน

## บทบาทหน้าที่บุคลากรทุกระดับ

1. ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคู่มือการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลปากพนัง
2. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์/อุบัติการณ์เบื้องต้น
3. บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไข และรายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด
4. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์/อุบัติการณ์ซ้ำ

## วัฒนธรรมความเสี่ยง/ความปลอดภัยในองค์กร

1. มีการทบทวนความเสี่ยง และรายงานความเสี่ยงทุกวัน ทุกหน่วยงาน ในโปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาล โดยเข้าทาง Google chrome เช้ [www.pknhospital.com](http://www.pknhospital.com) เสมอ หากเข้าทาง Hos-xp ข้อมูลมีโอกาสคลาดเคลื่อนได้
2. การรายงานความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และองค์กร ไม่ใช่เพื่อการจับผิดหรือกล่าวโทษกัน
3. มีการเยี่ยมหน่วยงานต่าง ๆ ในเรื่องความปลอดภัยเป็นระยะ (Quality Round)
4. มีการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทุกเดือน

## เป้าหมายคุณภาพ

การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และทุกโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ

## คำจำกัดความ

1. **ความเสี่ยง (Risk)** หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ เช่น ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทำลายสิ่งแวดล้อม ภาวะในการชดใช้ค่าเสียหาย
2. **บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)** หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้น โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีต และหน่วยงานอื่น ๆ ตลอดจนจากการทบทวนต่าง ๆ และจากการสำรวจภายในหน่วยงานของตนเอง เพื่อเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีการ ฝ้าระวัง โดยมีทั้งระดับโรงพยาบาล กลุ่มงาน/แผนก หน่วยงาน
3. **อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event)** หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการรักษา และไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรค หรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเกิดความพิการตามมา
4. **ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical Error)** หมายถึง ความล้มเหลวของการดูแลรักษาที่วางแผนไว้ หรือการวางแผนการรักษาที่ไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ
5. **เหตุเกือบพลาด (Near Miss)** หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่เกิดขึ้น เพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน
6. **อุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event)** หมายถึง ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก ซึ่งผู้ประสบเหตุการณ์ต้องรายงานหัวหน้า หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนทันที หรือโดยเร็วที่สุด เช่น
  - ผู้ป่วยหนีกลับ
  - อัคคีภัยและอุบัติภัยต่าง ๆ
  - ข้อร้องเรียนกล่าวหาที่อาจมีผลกระทบต่อชื่อเสียงโรงพยาบาล
  - ผู้ป่วย/ถูกทำร้ายร่างกาย
  - การระบาดของโรค/อุบัติเหตุ/อุบัติภัยรุนแรง
  - การโจรกรรมทรัพย์สินของทางราชการ/เจ้าหน้าที่/ผู้ให้บริการ
  - ให้ยา/เลือด ผิดคน ผิดชนิด ผิดกลุ่ม

- การพลัดตกหกล้มในระหว่างการดูแลและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ต้องรักษาเพิ่มเติม
- ลิ่มเครื่องมือหรือวัสดุทางการแพทย์ในตัวผู้ป่วยจากการผ่าตัด
- การลักพาตัวเด็กหรือ ส่งมอบทารกแก่มารดาผิดคน

### ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

- ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาความเสี่ยง
- ขั้นตอนที่ 2 ประเมินและวิเคราะห์
- ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง
- ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

### ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง

#### 1.1 ค้นหาจากอดีต เช่น

รายการ	ความถี่ในการปฏิบัติ
-ศึกษาความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา	1 ครั้ง/เดือน
-เรียนรู้ประสบการณ์ หรือความผิดพลาดของคนอื่น	ทุกวัน
-ทบทวนเวชระเบียน (100% Death Case และ 5% Discharge)	ทุกวัน
-วิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์ (Incidence Report)	1 ครั้ง/เดือน
-ทบทวนและปรับปรุง Risk Profile	ทุก 6 เดือน
-ทบทวนคำร้องเรียน	ทุกวัน
-รายงานประชุมประจำเดือน	1 ครั้ง/เดือน
-ประชุมคณะกรรมการต่าง ๆ (ที่เกี่ยวกับความเสี่ยง)	1 ครั้ง/เดือน

#### 1.2 ศึกษาจากการสำรวจสภาพการในปัจจุบัน เช่น

รายการ	ความถี่ในการปฏิบัติ
-C3 THER	ทุกวัน
-Pre – Post Conference	ทุกวัน
-สัมภาษณ์ผู้ป่วย	ทุกวัน
-สัมภาษณ์ญาติ	ทุกวัน
-สังเกตขณะปฏิบัติงาน	ทุกวัน
-Case Conference กับสหสาขาวิชาชีพ	1 ครั้ง/เดือน
-ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย	ทุกวัน
-เยี่ยมสิ่งแวดล้อม	ทุกวัน
-ตรวจ Chart	ทุกวัน
-ทบทวน 12 กิจกรรมทางคลินิก	ตามความเหมาะสมของกิจกรรม

### 1.3 จากกระบวนการหลักของหน่วยงาน

ทุกหน่วยงานดำเนินการค้นหา รวบรวมความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น นำมาจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง พร้อมมาตรการป้องกันและแก้ไข โดยนำมาจัดเป็นโปรแกรมความเสี่ยงดังนี้

**โปรแกรมความเสี่ยง** หมายถึง กิจกรรมการบริหารความเสี่ยงที่มีการจัดหมวดหมู่ความเสี่ยงเข้าด้วยกัน เพื่อการจัดการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาลปากพนัง แบ่งออกเป็น 6 โปรแกรมดังนี้

**1.โปรแกรมด้านเวชระเบียนและเทคโนโลยีสารสนเทศ** เช่น การระบุตัวผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมต่าง ๆ การเข้าถึงข้อมูลในโปรแกรม , การส่งรายงาน การรวบรวมข้อมูลทางสถิติไม่ทันเวลา DRG

**2.โปรแกรมด้านการติดเชื้อในโรงพยาบาล** เป็นโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การใช้อุปกรณ์ป้องกัน การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ การแยกและกำจัดขยะ การถูกของมีคมที่มดตำ/สัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง การระบุวันหมดอายุของอุปกรณ์ น้ำยา และยาต่าง ๆ ที่มีการเปิดใช้

#### 3.โปรแกรมด้านโครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย แบ่งออกเป็น

3.1 โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น ความปลอดภัยของอาคาร สถานที่ พื้น หลังคา ไฟฟ้า ประปา ระบบป้องกันอัคคีภัย/ทางหนีไฟ เป็นต้น

3.2 เครื่องมือ เครื่องมือทางการแพทย์ ระบบการสื่อสาร โทรศัพท์ วิทยุสื่อสาร เสียงตามสาย กริ่งฉุกเฉิน ระบบคอมพิวเตอร์เสีย

3.3 ระบบความปลอดภัย เช่น การถูกคุกคาม ชมชู่ของผู้รับ ผู้ให้บริการถูกทำร้ายร่างกาย การทะเลาะวิวาท การลักขโมย

3.4 อาชีวอนามัย/ความปลอดภัยในการทำงาน เช่น การบาดเจ็บจากการทำงานที่ไม่เกี่ยวกับการสัมผัสเลือด แสงสว่าง ปวดหลัง ปวดไหล่ จากการทำงาน การไม่สวมเครื่องป้องกันอันตราย

3.5 การเงิน การคลัง การเกิดความเสียหายในด้านการเงิน การคลัง เช่น การเบิกค่าตอบแทน โครงการต่าง ๆ การสูญเสยรายได้ ทรัพย์สินทางราชการ (การคิดเงิน ภาระบบการค่างค่าบริการ)

**4.โปรแกรมยา สารน้ำ และการให้เลือด** เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับยาทั้งหมด ได้แก่ ภาระบบการสั่งใช้ยา ภาระบบการจัดยา ภาระบบการจ่ายยา ภาระบบการบริหารยา การให้เลือด การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการให้เลือดและให้ยา

#### 5.โปรแกรมด้านการดูแลผู้ป่วย เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากภาระบบการดูแลผู้ป่วย

5.1 การเข้าถึง/การเข้ารับบริการ เป็นความเสี่ยงในขั้นตอนตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาลจนถึงจุดรับผู้ป่วย จุดซักประวัติ เช่น Pre hospital care , ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวไม่รู้อาการที่ต้องมาโรงพยาบาล

5.2 การประเมินผู้ป่วย เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการประเมินผู้ป่วยของทุกคลินิกบริการ

5.3 การวางแผนดูแล เป็นความเสี่ยงจากภาระบบการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

5.4 การดูแลผู้ป่วยทั่วไป/ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การผ่าตัด/การคลอด (มารดา/ทารก) การสื่อสารในการดูแลผู้ป่วย การพลัดตกหกล้ม การปฏิเสธการรักษา และอื่น ๆ ที่อยู่ในขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย

5.5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

5.6 การดูแลต่อเนื่อง

**6.โปรแกรมด้านสิทธิผู้ป่วย/ข้อร้องเรียน** เป็นโอกาสพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยทั้ง 10 ประการ , ข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ ญาติ ชุมชน และพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่

## การแบ่งประเภทความเสี่ยง ประเภทความเสี่ยงแบ่งเป็น 2 หมวด ได้แก่

**1. ความเสี่ยงทางคลินิก** เป็นความเสี่ยงในโปรแกรมที่ 2 , 4 และ 5 ที่เกิดจากกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยป่วยและความคลาดเคลื่อนทางยา ความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลรักษาซึ่งส่งผลให้เกิดต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

**1.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Clinical Risk)** หมายถึง เหตุการณ์ที่อาจเกิดอันตราย หรือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ สามารถเกิดได้ในผู้ป่วยทั่วไป ไม่จำกัดโรคใดโรคหนึ่ง เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ได้แก่ ความเสี่ยงโปรแกรมที่ 2 , 4 และ 5

**1.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk)** หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง เช่น ตกเลือด หลังคลอดเกิดเฉพาะในกลุ่มหลังคลอด ไข้ตั้งแตกในผู้ป่วยไข้ตั้งอักเสบ Hypoglycemia ในผู้ป่วย DM

**2. ความเสี่ยงทั่วไป** ได้แก่ ความเสี่ยงโปรแกรมในโปรแกรมที่ 1-3 และ 6 คือ โปรแกรมเวชระเบียน , การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ , โครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และโปรแกรมสิทธิผู้ป่วย/ข้อร้องเรียน

**2.1 ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม , อาชีวอนามัยและความปลอดภัย** ได้แก่ อุบัติการณ์เกี่ยวกับอาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก , อุบัติการณ์เกี่ยวกับผลที่จะเกิดจากการปฏิบัติงานที่มีต่อสุขภาพบุคลากร ความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน

**2.2 ด้านการเงิน** ได้แก่ อุบัติการณ์เกี่ยวกับค่ารักษา การสูญเสียรายได้ทรัพย์สินทางราชการต่าง ๆ มูลค่าความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน

**2.3 เวชระเบียน** ได้แก่ อุบัติการณ์เกี่ยวกับเอกสารประวัติของผู้ป่วย เช่น การบันทึก การจัดเก็บ การค้นหา การระบุตัวผู้ป่วย การบันทึกสิทธิการรักษา การบันทึกค่ารักษาพยาบาล การบันทึกที่แสดงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสื่อสารของสหสาขาวิชาชีพ

**2.4 ความเสี่ยงด้านบริการ** ได้แก่ อุบัติการณ์เกี่ยวกับการดูแล ช่วยเหลือ การให้ข้อมูล การช่วยเหลืออำนวยความสะดวก พฤติกรรมบริการ ขั้นตอนบริการ

**2.5 ความเสี่ยงด้านเครื่องมือ** ได้แก่ อุบัติการณ์เกี่ยวกับ อุปกรณ์ เครื่องมือ ที่ใช้ในการดูแลรักษา

**2.6 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม** ได้แก่ อุบัติการณ์เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูล ก่อนลงนามยินยอมรักษา การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษา

**2.7 ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ** ได้แก่ อุบัติการณ์เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ , ความไม่พร้อมใช้คอมพิวเตอร์ , โปรแกรมการสื่อสารบันทึก , การจัดเก็บข้อมูล และเกี่ยวกับข้อมูลสถิติต่าง ๆ

## ขั้นตอนที่ 2 ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยงจะครอบคลุมถึงการจำแนกประเภท การประเมินระดับความรุนแรง การประเมินผล ข้อมูลความเสี่ยง เพื่อการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การจัดการกับค่าเรียกร้องเสียหาย แบ่งเป็น

**ประเมินความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุ** เช่น ตอบคำถามว่า มีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากเพียงใด มีโอกาสความเสียหายน้อยเท่าใด มีโอกาสเกิดความสูญเสียเท่าใด ในสถานการณ์ใดมีโอกาสจะเกิดมาก

**ประเมินขณะเกิดเหตุ** ได้แก่ กระบวนการบันทึกและปรึกษาซึ่งต้องเริ่มต้นทันทีที่พบว่า มีอุบัติการณ์หรือความเสียหายเกิดขึ้น

**การแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยง**

**ความรุนแรงความเสี่ยงทางคลินิกแบ่งเป็น 9 ระดับ**

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
A	ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่มีโอกาสทำให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้ หรือถ้าไม่ให้ความสนใจที่อาจเกิดอุบัติการณ์ขึ้น	Near Miss
B	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่เนื่องจากอุบัติการณ์นั้นไม่ไปถึงตัวผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	
C	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่/แม้อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นถึงตัวผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	Low Risk
D	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่/แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามดูแลและเฝ้าระวังเพิ่มเติม	
E	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่เพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม	Moderate Risk
F	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่เพียงชั่วคราว รวมถึงต้องได้รับการดูแลรักษาใน รพ. หรือยืดระยะเวลาในการรักษาตัวใน รพ.ออกไป	
G	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่/เกิดความพิการอย่างถาวร	High Risk
H	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ จนเกือบถึงแก่ชีวิต	
I	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ จนถึงแก่ชีวิต	

**จำง่าย ๆ ดังนี้**

- |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|
| A เกิดที่นี่ | B เกิดที่ไหน | C เกิดกับใคร |
| D ให้ระวัง   | E ต้องรักษา  | F เยียวยานาน |
| G ต้องพิการ  | H ต้องการปัม | I จำใจลา     |

**ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไปมี 4 ระดับ**

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
1	มีโอกาสเกิดความเสี่ยง/เกิดความเสี่ยงแต่ไม่ถึงผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/สิ่งแวดล้อมและองค์กร	Near Miss
2	มีความเสี่ยงเกิดขึ้นแต่ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ/ผู้รับผลงาน/สิ่งแวดล้อม/องค์กร ไม่เสียค่าใช้จ่าย	Low Risk
3	มีความเสี่ยงเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อร่างกายหรือจิตใจต่อผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/สิ่งแวดล้อม/องค์กร ทำให้ต้องมีการเฝ้าระวังหรือมีการเสียค่าใช้จ่ายไม่เกิน 5,000 บาท	Moderate Risk
4	มีความเสี่ยงเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อร่างกายหรือจิตใจต่อผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/สิ่งแวดล้อมและองค์กร มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายมูลค่ามากกว่า 50,000 บาทขึ้นไป	High Risk

โดยมีการแบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับความเสี่ยง	ระดับความรุนแรงทางคลินิก	ระดับความรุนแรงทั่วไป
1.Near miss	A-B	1
2.ความเสี่ยงต่ำ	C-D	2
3.ความเสี่ยงปานกลาง	E-F	3
4.ความเสี่ยงสูง	G-I	4

### ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

#### 3.1 ก่อนเกิดเหตุ

3.1.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น การปิดห้องผ่าตัดเมื่อไม่มีวิสัญญี การส่งต่อ

3.1.2 การป้องกันความเสี่ยง เช่น จัดหาบริษัทเพื่อดูแลเครื่องมือทางการแพทย์และห้องปฏิบัติการ

3.1.3 การป้องกันความเสี่ยง เช่น ใส่ของมีคมในกล่องที่หนา การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน เช่น การตรวจสอบเครื่องมือ การสอบเทียบเครื่องมือต่าง ๆ มีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา การตรวจอุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน การให้ความรู้เจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดความตระหนักและเป็นเจ้าของการป้องกันความเสี่ยง

3.1.4 การแบ่งแยกความเสี่ยง เช่น ระบบสำรองไฟ เครื่องมืออุปกรณ์ การสำรองข้อมูล

3.1.5 มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้แก่

-ทุกหน่วยงานมีระบบรายงานความเสี่ยง

-ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรายงานความเสี่ยงได้หลายช่องทาง สดวก มีการสื่อสารย้อนกลับและไม่เปิดเผยแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกรณีที่เป็นความลับ

-จัดทำฐานข้อมูลความเสี่ยงสื่อสารทั้งองค์กร

#### 3.2 หลังเกิดเหตุ

3.2.1 ลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ เป็นการดูแลแก้ปัญหาฉับพลันโดยการเอาใจใส่ ให้ข้อมูลตรงไปตรงมา ภายใต้คำแนะนำ การสื่อสาร ความเข้าใจที่ดีต่อกัน ประคับประคองจิตใจ ขวัญกำลังใจทั้งผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่รายงานผู้บริหารสูงสุด , คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และติดตามประเมินผลภายหลังการไกล่เกลี่ยอย่างต่อเนื่อง

3.2.2 การบริหารเงินชดเชยค่าเสียหาย กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหายที่ควบคุมค่าเสียหาย/ไกล่เกลี่ย จะเป็นผู้สรุปข้อมูล ปัญหา นำเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาล ร่วมกันพิจารณาชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสม

แนวทางในการจัดการความเสี่ยงตามลักษณะการเกิดอุบัติการณ์และระดับของความเสี่ยง ดังนี้

1.ความเสี่ยงในระดับ Near miss (A-B,1) หน่วยงานดำเนินการวางมาตรการป้องกันหรือแก้ไขปัญหา และรายงานความเสี่ยงภายใน 1 วันและแก้ปัญหาภายใน 1 เดือน

2.ความเสี่ยงต่ำ (C-D,2) และมีสาเหตุเกิดจากหน่วยงานเดียว ให้หน่วยงานบริหารจัดการเอง โดยการทบทวนเพื่อหาแนวทางปฏิบัติ/จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน เช่น การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การเตรียมผ่าตัด ความล่าช้าในการค้นเวชระเบียน หรือความคลาดเคลื่อนในการให้ยา โดยให้รายงานภายใน 1 วัน และจัดการแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดขึ้นภายใน 14 วัน

3.ความเสี่ยงปานกลาง (E-F,3) และมีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้อง หน่วยงานและทีมคร่อมสายร่วม ทบทวนวิเคราะห์สาเหตุ (RCA) เพื่อวางแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่ทารก การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นต้น โดยกำหนดให้มีการรายงานภายใน 1 วัน และแก้ไขความเสี่ยงภายใน 7 วันหลังเกิดเหตุการณ์



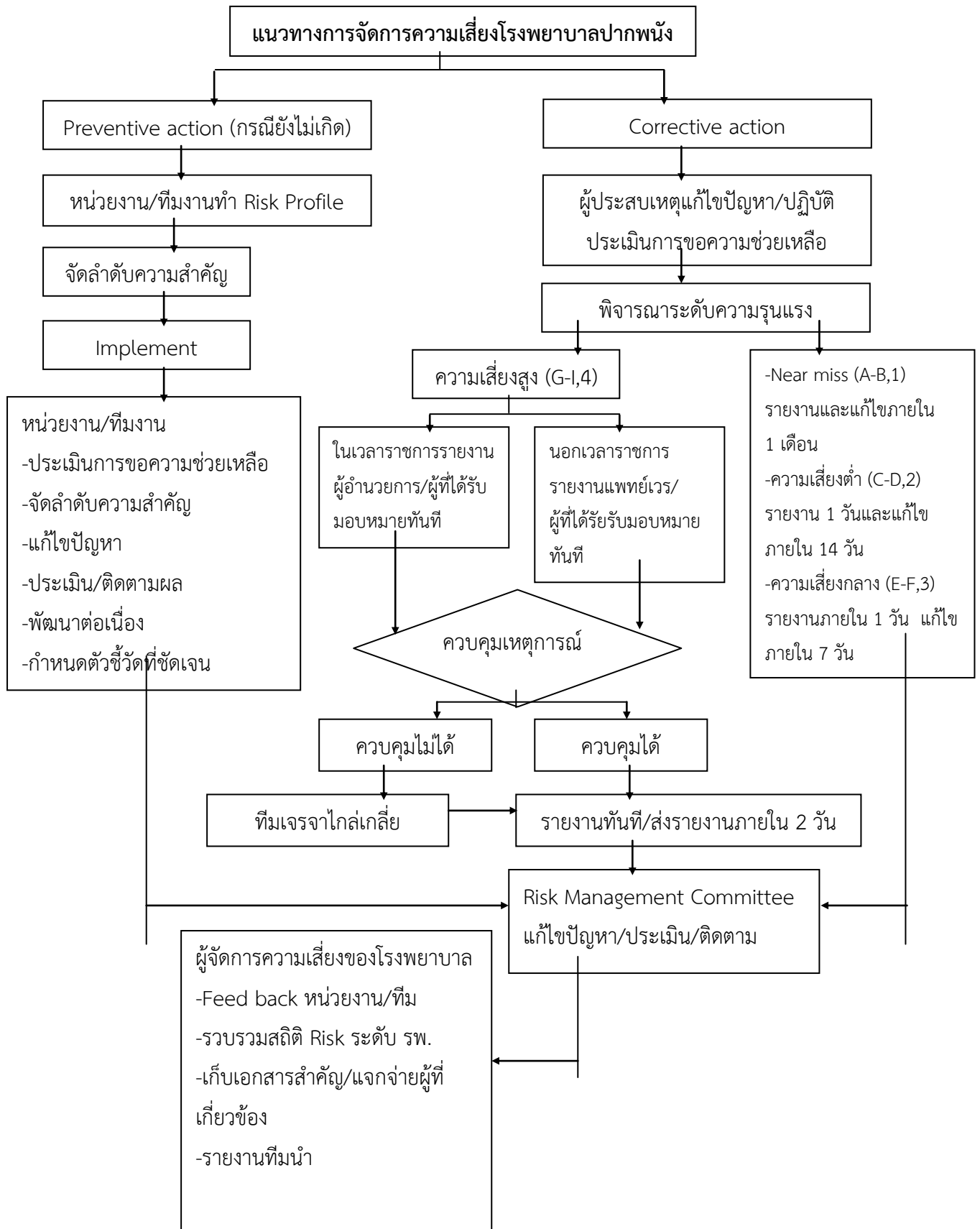
4. ความเสี่ยงสูง (G-H-I,4) และเหตุการณ์พึงสังวร) ที่มีความเสี่ยงร่วมกับหน่วยงานและทีมที่เกี่ยวข้อง ทบทวนหาสาเหตุรากเพื่อวางมาตรการป้องกันทันทีที่เกิดเหตุการณ์ มีการรายงานเหตุการณ์แก่ผู้อำนวยการหรือผู้แทนทันทีที่เกิดเหตุการณ์ เพื่อจัดการปัญหาเบื้องต้น และทบทวนแก้ไขปัญหาโดยวิเคราะห์หาสาเหตุเชิงระบบ ภายใน 2 วัน เช่น การทบทวนดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วย ไขไฟไหม้ เป็นต้น

**แนวทางการรายงานและแก้ไข HOIR**

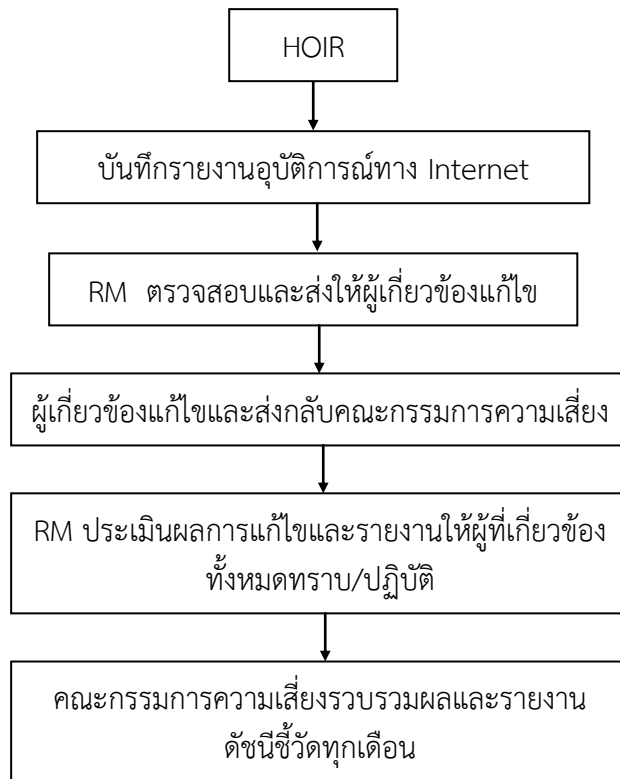
ประเภท			การรายงาน	ส่งรายงาน การทบทวน	แนวทางการแก้ปัญหา
ระดับ	Clinic	Non Clinic			
Near Miss	A – B	1	ภายใน 1 วัน	ภายใน 14 วัน	วางมาตรการป้องกัน
รุนแรงต่ำ	C – D	2	ภายใน 1 วัน	ภายใน 14 วัน	ทบทวนหาแนวทางปฏิบัติ/จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน
รุนแรงปานกลาง	E – F	3	ภายใน 1 วัน	ภายใน 7 วัน	ใช้ความคิดสร้างสรรค์หรือแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในกรณีปัญหานั้น มีผลกระทบอาจจะนำมาวิเคราะห์ RCA
รุนแรงสูง	G – I SE	4	ทันที	ภายใน 2 วัน	ให้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบทุกปัญหา

## กลยุทธ์ในการบริหารความเสี่ยง

รายการ	ระดับหน่วยงาน	ระดับทีมนำ	ระดับโรงพยาบาล
1.การค้นหาและรวบรวมความเสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนกระบวนการหลัก</li> <li>- สำรวจสิ่งแวดล้อม</li> <li>- ทบทวนเวชระเบียน</li> <li>- ค้นหาข้อมูลจากข่าว และสื่อต่างๆ</li> <li>- ระดมสมองจากประสบการณ์เจ้าหน้าที่</li> <li>- ตรวจสอบและสอบเทียบมาตรฐานที่กำหนด</li> <li>- การตรวจการและการนิเทศ</li> <li>- การทบทวน 12 กิจกรรม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จากกระบวนงานที่มีอยู่</li> <li>- จากข้อมูลข่าวสาร สื่อ</li> <li>- จากการระดมสมอง</li> <li>- ประสบการณ์ทีมงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จากรายงานของหน่วยงานต่างๆ</li> <li>- จากรายงานที่มำนำต่างๆ</li> <li>- สำรวจ สัมภาษณ์หน่วยงาน</li> <li>- จากข่าวสาร สื่อต่างๆ</li> <li>- การเรียกร้องค่าเสียหาย</li> </ul>
2.ประเมินและวิเคราะห์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำบัญชีรายการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน</li> <li>- แยกประเภท/ระดับ</li> <li>- จัดลำดับความสำคัญ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำบัญชีรายการความเสี่ยงระดับทีมนำ</li> <li>- แยกประเภท/ระดับ</li> <li>- จัดลำดับความสำคัญ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำบัญชีรายการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล</li> </ul>
3.การจัดการความเสี่ยง -แนวทางการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วิเคราะห์เหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (RCA)</li> <li>- ถ้าปัญหาคร่อมสายงานนำส่ง RM Team เข้าทีมที่เกี่ยวข้อง สรุปลงจัดทำคู่มือ</li> <li>- ติดตามผลการปฏิบัติ</li> <li>- ทบทวนคู่มือและมาตรการที่กำหนดไว้เป็นระยะๆ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วางมาตรการในการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ 5 อันดับทางคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มอบนโยบายและให้การสนับสนุนปัจจัยในการดำเนินการ</li> <li>- มอบหมายผู้รับผิดชอบแก้ไข</li> </ul>
4.การประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามตัวชี้วัด</li> <li>- ทบทวนอุบัติการณ์ซ้ำ/เกือบพลาด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามตัวชี้วัด</li> <li>- ทบทวนเชิงระบบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามตัวชี้วัด</li> <li>- ทบทวนเชิงระบบ</li> </ul>



## เส้นทางการเดินของใบรายงานอุบัติการณ์โรงพยาบาลปากพนัง



#### ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผล หมายถึง การนำเหตุการณ์ และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการที่ใช้ป้องกันความเสี่ยง ซึ่งสิ่งที่ต้องประเมิน ได้แก่

4.1 การติดตามประเมินผลตามตัวชี้วัดทุกเดือนและประเมินผลระบบการบริหารความเสี่ยงทั้งระบบ

4.2 การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ต้องตั้งคำถามว่า

-อุบัติการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไร ทั้งๆ ที่มีมาตรการป้องกันแล้ว

-อุบัติการณ์เป็นเหตุการณ์เดี่ยวหรือเรื่องของระบบ มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้อีกหรือไม่

-ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

4.3 การทบทวนความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

4.4 มีการสื่อสารการตอบสนองของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบว่า ได้พิจารณา และให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ และทรัพย์สินของโรงพยาบาล

#### ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1.ร้อยละของหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยง	100%
2.สัดส่วนของ miss : new miss	< 1
3.ร้อยละอุบัติการณ์ระดับ E – I ได้รับการแก้ไขทันเวลา	100%
4.ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ	<10%
5.จำนวน AE จากการทำ Trigger tool	-
6.จำนวนความเสี่ยงที่รับรายงานทั้งหมด	>5,000

## Patient Safety Goals : Simple

Patient Safety Goals – PSG เป็นเป้าหมายความปลอดภัย ที่จะเชิญชวนให้เจ้าหน้าที่ทุกคน พิจารณานำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง ควบคู่กับการติดตามผล

**Simple** คือ อักษรย่อของหมวดหมู่ใหญ่ ๆ สำหรับ PSG เพื่อความง่ายในการจดจำ

S = Safe Surgery

I = Infection Control

M = Medication Safety

P = Patient care Process

L = Line Tube , Catheter

E = Emergency Response

## โรงพยาบาลปากพนังกำหนด PSG : HMSPA (Home Med SPA) ดังนี้

H = Hand hygiene

M = Medication error

S = Safe Surgery (SSI Prevention , Safe anesthesia , Safe surgical team)

P = Patient identification

A = Acute Coronary Syndrome

### I = Infection Control

#### Hand hygiene

1. จัดให้มี alcohol- based hand rubs ที่เข้าถึงได้ง่าย ณ จุดที่ให้บริการผู้ป่วย ซึ่งผู้ปฏิบัติงาน สามารถใช้ได้โดยไม่ต้องออกจากบริเวณที่ทำงาน

2. จัดให้มีน้ำสะอาดและสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการล้างมือ

3. ให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับวิธีการล้างมือที่ถูกต้อง

4. แสดงสื่อเตือนใจ

5. สังเกต ติดตาม และวัดระดับการปฏิบัติ

### P = Patients Identification

1. สอบถาม ชื่อ – สกุลผู้ป่วย

2. ยืนยันตัวบุคคลด้วย ชื่อ – สกุลและอายุ ห้องยาเพิ่มเติมตามโรค

3. มีป้ายชื่อมือในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลผู้ป่วยไม่มีญาติ และผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวในห้องฉุกเฉินพร้อม รูปพรรณสัณฐาน

4. ติดฉลาก ชื่อ – สกุล อายุ HN ที่ภาชนะสิ่งส่งตรวจ และยืนยันโดยบุคคล 2 คน (คนพิมพ์สติ๊กเกอร์ และคนติดฉลาก)

### A = Acute Coronary Syndrome

**เป้าหมาย** คือ ลดและป้องกันการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีจุดเน้นที่

1. การค้นพบและประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว ด้วยการวินิจฉัยแยกอาการ , การตรวจคลื่นหัวใจ และการใช้ blockmical cardiac marker ที่เหมาะสม

2. การให้การรักษาอย่างทันที่และมีประสิทธิภาพ

3.การตัดสินใจอย่างรวดเร็วในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังที่มีศักยภาพ

การจำแนกประเภท

โปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาลปากพนัง	ทีมที่รับผิดชอบ
โปรแกรมที่ 1 เวชระเบียนและเทคโนโลยีสารสนเทศ	ทีมเวชระเบียนและเทคโนโลยีสารสนเทศ
โปรแกรมที่ 2 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	ทีม IC
โปรแกรมที่ 3 ความปลอดภัย 3.1 โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม 3.2 เครื่องมือ 3.3 ระบบความปลอดภัย 3.4 อาชีวอนามัย/ความปลอดภัยในการทำงาน 3.5 การเงิน การคลัง	ทีม ENV
โปรแกรมที่ 4 ยา สารน้ำและการให้เลือด	ทีม PTC , ทีม PCT
โปรแกรมที่ 5 การดูแลผู้ป่วย 5.1 การเข้าถึง/การเข้ารับบริการ 5.2 การประเมินผู้ป่วย 5.3 การวางแผนดูแล/วางแผนจำหน่าย 5.4 การดูแลผู้ป่วยทั่วไป/ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง/ การผ่าตัด/อาหารและโภชนาการ/การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ การบำบัดอาการเจ็บปวด 5.5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 5.6 การดูแลต่อเนื่อง	ทีม PCT
โปรแกรมที่ 6 สิทธิผู้ป่วย/ข้อร้องเรียน	ทีม RM , ทีมใกล้เคียง
โปรแกรมที่ 7 ทรัพยากรบุคคล	ทีม HRD

รายการปฏิบัติการในโปรแกรมรายงานความเสี่ยงโรงพยาบาลปากพอง

โปรแกรม	ปฏิบัติการ
1.เวชระเบียน	1.1 เวชระเบียนผิดคน 1.2 เวชระเบียนสูญหาย 1.3 การสรุปเวชระเบียนล่าช้า 1.4 อื่น ๆ ระบุ .....
2.การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	2.1 ไม่ล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วย 2.2 ไม่ล้างมือหลังสัมผัสผู้ป่วย 2.3 ไม่ล้างมือก่อนทำหัตถการ 2.4 ไม่ล้างมือหลังทำหัตถการ/สัมผัสสารคัดหลั่ง 2.5 ไม่ล้างมือหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมผู้ป่วย 2.6 ล้างมือไม่ครบ 7 ขั้นตอน 2.7 การจัดการขยะไม่ถูกต้อง 2.8 การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองไม่ถูกต้อง/ไม่เหมาะสม 2.9 พื้นไม่สะอาด 2.10 ห้องน้ำไม่สะอาด/มีกลิ่น 2.11 เครื่องมือ/เวชภัณฑ์หมดอายุ 2.12 เครื่องมือใน set ไม่สะอาด 2.13 เครื่องมือใน set ชำรุด 2.14 Spore test ไม่ขึ้น 2.15 มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2.16 อื่น ๆ ระบุ .....
3.ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย 3.1 โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม	3.1.1 หลังคารั่ว 3.1.2 พื้นลื่น พื้นไม่สม่ำเสมอ 3.1.3 ทางลาดชันไม่มีป้ายบอก 3.1.4 มุ้งลวดฉีกขาด 3.1.5 กระจกแตก/ร้าว 3.1.6 ไฟไหม้ 3.1.7 น้ำร้อนลวก 3.1.8 ไฟไม่ติด 3.1.9 ไฟฟ้าดับ 3.1.10 ไฟช็อต 3.1.11 น้ำประปาไม่ไหล 3.1.12 ท่อระบายน้ำไม่ไหล 3.1.13 การระบายอากาศไม่ดี 3.1.14 อื่น ๆ ระบุ .....



โปรแกรม	ปฏิบัติการณ์
3.2 เครื่องมือ	3.2.1 เครื่องมือไม่พร้อมใช้ 3.2.2 ไฟฉุกเฉินไม่ทำงานใน 10 วินาที 3.2.3 ออกซิเจนไม่พร้อมใช้ 3.2.4 ยานพาหนะไม่พร้อมใช้ 3.2.5 ระบบสื่อสารไม่พร้อมใช้ 3.2.6 อื่น ๆ ระบุ .....
3.3 ระบบความปลอดภัย	3.3.1 การจอตรถไม่เป็นระเบียบ 3.3.2 ของหาย/โจรกรรม/ลักขโมย 3.3.3 คุกคาม/ข่มขู่ 3.3.4 ทำร้ายร่างกาย 3.3.5 ทะเลาะวิวาท 3.3.6 อื่น ๆ ระบุ .....
3.4 อาชีวอนามัย/ความปลอดภัยในการทำงาน	3.4.1 บาดเจ็บจากการทำงาน/โรคจากการทำงาน 3.4.2 ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันโรคที่เป็นความเสี่ยงจากการทำงาน 3.4.3 ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี 3.4.4 มีการระบาดของโรคในหน่วยงาน 3.4.5 อื่น ๆ ระบุ .....
3.5 การเงิน , การคลัง	
4.ยา สารน้ำและการให้เลือด	4.1 ไม่ได้ให้ยา 4.2 ให้ยาผิดยา 4.3 ให้ยาผิดขนาด 4.4 ให้ยาผิดวิธี 4.5 ให้ยาผิดความแรง 4.6 ให้ยาผิดทาง 4.7 ให้ยาผิดคน 4.8 แพ้ยาล้าง 4.9 การติดตามหลังการให้ยาไม่เหมาะสม 4.10 ยาหมดอายุ 4.11 ยาขาด stock 4.12 ให้เลือดผิดคน 4.13 ให้เลือดผิดหมู่ 4.14 อัตราการให้เลือดเร็ว/ช้ากว่าปกติ 4.15 มีอาการไม่พึงประสงค์จากการให้เลือด 4.16 เลือด clot ใน set 4.17 อื่น ๆ ระบุ .....

โปรแกรม	อุบัติการณ์
5.การดูแลผู้ป่วย 5.1 การเข้าถึง/การเข้ารับบริการ	
5.2 การประเมินผู้ป่วย	5.2.1 การบันทึกการประเมินผู้ป่วยไม่ครบถ้วน/สมบูรณ์ 5.2.2 ไม่มีการประเมินผู้ป่วยตาม CPG 5.2.3 การเก็บ specimen ไม่ถูกต้อง 5.2.4 specimen ไม่ระบุชื่อ 5.2.5 การรายงานผล lab ล่าช้า 5.2.6 การส่งตรวจ lab , x-ray ตรวจพิเศษต่าง ๆ ไม่ครบตาม order 5.2.7 การติดตามประเมินซ้ำไม่เหมาะสม 5.2.8 ผู้ป่วย/ญาติไม่ทราบผลการตรวจ 5.2.9 ผู้ป่วย/ญาติไม่ทราบผลการวินิจฉัย 5.2.10 ไม่บันทึกการวินิจฉัยในเวชระเบียน 5.2.11 อื่น ๆ ระบุ .....
5.3 การวางแผนดูแล/วางแผนจำหน่าย	5.3.1 ไม่มีการวางแผนดูแล 5.3.2 ผู้ป่วยไม่ทราบแผนการรักษา/การคาดการณ์วันนอน 5.3.3 ไม่มีการวางแผนจำหน่าย 5.3.4 อื่น ๆ ระบุ .....
5.4 การดูแลผู้ป่วยทั่วไป/ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง/การผ่าตัด/อาหารและโภชนาการ/การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/การบำบัดอาการเจ็บปวด	5.4.1 พลาดตกหล่น 5.4.2 การรายงานแพทย์ล่าช้า 5.4.3 การตรวจรักษาล่าช้า 5.4.4 ผู้ป่วยบาดเจ็บจากการผูกยึด 5.4.5 ผู้ป่วย DM มี Hypo/Hyperglycemia DKA 5.4.6 ผู้ป่วย HIT มี stroke 5.4.7 ผู้ป่วย MI death 5.4.8 ผู้ป่วย COPD มี respiratory failure 5.4.9 ผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เช่น PPH 5.4.10 ทารกแรกคลอดมีภาวะแทรกซ้อน 5.4.11 ผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้พบพยาบาลจิตเวช 5.4.12 Consult แพทย์เฉพาะทางไม่ได้ 5.4.13 แพทย์ไม่มาดูแลผู้ป่วยหนัก 5.4.14 ผู้ป่วยได้ HAD ไม่ได้ติดตามดูแลที่เหมาะสม 5.4.15 ผู้ป่วยหลังผ่าตัด/หัตถการ ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม 5.4.16 ผู้ป่วยไม่ได้รับอาหารเฉพาะโรค 5.4.17 ผู้ที่มีปัญหาด้านโภชนาการไม่ได้รับการดูแลโดยนักโภชนาการ

โปรแกรม	อุบัติการณ์
	5.4.18 กระบวนการผลิตอาหารไม่เหมาะสม 5.4.19 อาหารน้อยเกินไป 5.4.20 กระบวนการจัดแจกอาหารให้ผู้ป่วยไม่เหมาะสม 5.4.21 ผู้ป่วยมีอาการปวดไม่ได้ประเมิน pain score 5.4.22 ผู้ป่วยมีอาการปวดไม่ได้รับการดูแลตามแนวทาง 5.4.23 ผู้ป่วยที่บกพร่องสมรรถภาพทางกายไม่ได้รับ บริการกายภาพบำบัดตามแนวทาง 5.4.24 อื่น ๆ ระบุ .....
5.5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	5.5.1 ผู้ป่วย/ญาติไม่ได้รับการฝึกทักษะตามข้อบ่งชี้ 5.5.2 อื่น ๆ ระบุ .....
5.6 การดูแลต่อเนื่อง	5.6.1 ไม่ได้นัดผู้ป่วย 5.6.2 นัดผู้ป่วยผิดวัน/ผิดคลินิก 5.6.3 ไม่ได้ส่งข้อมูลให้ทีม HHC 5.6.4 ไม่ได้เยี่ยมบ้านตามแผน 5.6.5 ผู้ป่วยอาการทรุดลงเนื่องจากไม่ได้รับการติดตาม ดูที่บ้าน 5.6.6 อื่น ๆ ระบุ .....
6.ทรัพยากรบุคคล	6.1 บุคลากรขาดความรู้/ทักษะในการปฏิบัติงาน 6.2 บุคลากรไม่เพียงพอ 6.3 บุคลากรขาดขวัญกำลังใจ 6.4 บุคลากรขาดความสามัคคี 6.5 บุคลากรขาดคุณธรรมจริยธรรม 6.6 อื่น ๆ ระบุ .....
7.สิทธิผู้ป่วย/ข้อร้องเรียน	7.1 เปิดเผยความลับผู้ป่วย 7.2 เปิดเผยร่างกายผู้ป่วย 7.3 บริการไม่เท่าเทียมกัน 7.4 การเซ็นยินยอมไม่สมบูรณ์ 7.5 สิทธิการรักษาไม่ถูกต้อง 7.6 อื่น ๆ ระบุ .....

**ส่วนที่ 1 สำหรับผู้บันทึกอุบัติการณ์**

วันที่ หมายถึง วัน เดือน ปี ที่บันทึกอุบัติการณ์

หน่วยงาน หมายถึง สถานที่/หน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์และหน่วยงานที่ต้องแก้ไขอุบัติการณ์

อุบัติการณ์ที่พบ หมายถึง รายละเอียดเหตุการณ์ที่เกิด ระบุ วัน เดือน ปี เวลาที่เกิด

กรณีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ให้ระบุ HN ..... AN ..... ไม่ให้ระบุชื่อบุคคลผู้เกี่ยวข้อง ถ้าเกี่ยวข้องกับบุคคล ให้ระบุเป็นตำแหน่ง เช่น แพทย์ พยาบาล พนักงาน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้ป่วย เป็นต้น

การแก้ไขเบื้องต้น หมายถึง การดำเนินการ ณ สถานการณ์ที่เกิดทันที เช่น การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ การรายงานแพทย์ การรายงานพยาบาลเวรตรวจการ

ระดับความเสี่ยง หมายถึง การพิจารณาระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิด โดยแบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 9 ระดับ/4 กลุ่ม Near Miss , Low Risk , Moderate Risk , High Risk

ผู้รายงานอุบัติการณ์ หมายถึง ชื่อ – สกุล ผู้รายงานหรือผู้บันทึกอุบัติการณ์หรือผู้พบอุบัติการณ์

**ส่วนที่ 2 สำหรับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (การพิจารณาอุบัติการณ์เบื้องต้น)**

เลขที่ หมายถึง หมายเลขของอุบัติการณ์ที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงลงทะเบียน

วันที่ หมายถึง วัน เดือน ปี ที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงรับเรื่องพิจารณา

ประเภทอุบัติการณ์ หมายถึง การจัดหมวดหมู่อุบัติการณ์ แบ่งออกเป็น ..... ประเภท ให้ระบุประเภทของอุบัติการณ์ เช่น เวชระเบียน ความเสี่ยงทางคลินิก เป็นต้น

ระดับความเสี่ยง หมายถึง ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ตามการพิจารณาของคณะกรรมการ RM

**การดำเนินการ**

แก้ไขได้เอง หมายถึง สามารถดำเนินการแก้ไขได้ในหน่วยงาน

เสนอทีม หมายถึง กรรมการบริหารความเสี่ยงส่งมอบให้คณะกรรมการที่มำระดับกลางต่าง ๆ ทีม นำระดับโรงพยาบาล หรือการจัดตั้งทีมเฉพาะกิจ

ผู้พิจารณา หมายถึง ชื่อ – สกุล คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่เป็นผู้พิจารณาอุบัติการณ์

วันที่สรุป หมายถึง วัน เดือน ปี ที่คณะกรรมการสรุปการจัดการกับความเสี่ยงนั้น ๆ

การดำเนินการแก้ไข/แนวทางการป้องกัน หมายถึง การดำเนินการที่คณะกรรมการ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการกับอุบัติการณ์นั้น ๆ

รายงานผลการแก้ไขอุบัติการณ์ให้ผู้เสนอทราบ หมายถึง การรายงานกลับให้บุคคลหน่วยงานที่รายงานทราบผลการดำเนินการ

ปิดเรื่อง หมายถึง การยุติการดำเนินการเกี่ยวกับอุบัติการณ์เรื่องนั้น ๆ

แผนพัฒนาการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลปากพ่อง ปี 2557

แผนงาน	เป้าหมาย	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ	KPI
1.แผนการกระตุ้นการรายงานความเสี่ยง 1.1 ประชาสัมพันธ์ผ่านหน้า web. รพ. 1.2 กิจกรรม risk round กระตุ้นหน่วยงาน 1.3 กำหนดรางวัลสำหรับหน่วยงาน	-ทุกหน่วยงานมีการรายงานความเสี่ยง	พ.ค. – ก.ย.57		-อัตราการรายงานความเสี่ยงครอบคลุม 100%
2.แผนค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก ครอบคลุมทุกหน่วยงาน 2.1 กิจกรรม risk round 2.2 กิจกรรมทบทวนเวชระเบียนผู้เสียชีวิต 2.3 กิจกรรมทบทวนข้อร้องเรียนด้านการรักษาพยาบาล 2.4 จัดทำ Risk Profile ระดับหน่วยงานและโรงพยาบาล	-ทุกหน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยงและจัดทำ Risk Profile	-ทุกเดือน	-หัวหน้างาน ทุกหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน	
3.แผนบริหารจัดการความเสี่ยง 3.1 Feed back ข้อมูลระดับ GHI ทุกข้อมูลภายใน 1 วัน 3.2 ติดตามความเสี่ยงระดับ GHI ให้ได้รับการทบทวนภายใน 7 วัน		-พ.ค.57		
4.แผนพัฒนาบุคลากร 4.1 ประชุมวิชาการใน รพ.แก่เจ้าหน้าที่ 4.2 จัดอบรมเจ้าหน้าที่ใหม่		-พ.ค. - ก.ย.57	-เลขาและผู้ช่วยฯ	-ความเสี่ยงระดับ GHI ได้รับการทบทวน 100%
		-พ.ค. - ก.ย.57		
		มิ.ย.57	-เลขาและผู้ช่วยฯ	
	-เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความรู้ในเรื่องการบริหารความเสี่ยง	พ.ค.57	-เจ้าหน้าที่ใหม่ได้รับการปฐมนิเทศ 100%	

แผนพัฒนาการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลปากพนัง ปี 2557

แผนงาน	เป้าหมาย	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ	KPI
<p>5.โครงการรณรงค์ความปลอดภัยใน รพ.</p> <p>5.1 ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p> <p>5.2 กำหนด PSG รพ.ปากพนัง</p> <p>-กำหนดแนวปฏิบัติตาม PSG</p> <p>-รวบรวมรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง/วิเคราะห์ผล</p> <p>5.3 ติดตั้งระบบรับข้อร้องเรียนทุกพื้นที่ใน รพ.</p> <p>5.4 จัดตั้งศูนย์หน่วยบริการรับข้อร้องเรียน</p>	<p>-เจ้าหน้าที่เกิดความตื่นตัวและตระหนักในเรื่องความปลอดภัย</p> <p>-เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการกำหนดความปลอดภัยใน รพ.</p> <p>-สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยใน รพ. การดูแลผู้ป่วยตามหลัก PSG</p>			<p>-เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมตามแผน</p> <p>-ร้อยละการปฏิบัติตาม WI PSG 100%</p>

**คู่มือบริหารความเสี่ยง**

โรงพยาบาลปากพ่อง  
อำเภอปากพ่อง  
จังหวัดนครศรีธรรมราช