



คู่มือการบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลบึงโขงหลง

	ชื่อ/สกุล หรือคณะกรรมการ/ ทีม	วัน/เดือน/ปี
จัดทำโดย	RM	1/7/2560
อนุมัติโดย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
วัตถุประสงค์	
นโยบาย	
คำจำกัดความ	
นโยบายความปลอดภัย และตัวชี้วัด	
รายชื่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและหน้าที่	
โปรแกรมความเสี่ยง แบ่งประเภท	
กระบวนการบริหารความเสี่ยง	
- การค้นหาความเสี่ยง	
- การประเมินความเสี่ยง	
- การจัดการความเสี่ยง	
- แผนภูมิการจัดการและการรายงานความเสี่ยง	
- การประเมินผลการปฏิบัติ	

ภาคผนวก

ผลการดำเนินงาน

บัญชีความเสี่ยงเฝ้าระวังของโรงพยาบาล

แบบฟอร์มใบรายงานอุบัติการณ์ , ใบทบทวน RCA

ตัวอย่างการทำ RCA

การบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลบึงโขงหลง

เป้าหมาย/ ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัยและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างเชื่อมประสานและบูรณาการของทีมนำ ทีมคร่อมสายงานต่างๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติเดียวกันและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ
2. เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความเข้าใจตระหนักในการรายงานความเสี่ยงในงานประจำเพิ่มมากขึ้น มีทัศนคติในเชิงบวกต่อการพัฒนาคุณภาพของระบบงานและการให้บริการผู้ป่วย สร้างการเรียนรู้ในการค้นหาและจัดการความเสี่ยงเชิงรุก
3. เกิดระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงตามระดับความรุนแรงที่ทันเวลา สามารถควบคุมความสูญเสียได้และมีการทบทวนที่ชัดเจน โดยเฉพาะความเสี่ยงที่มีระบบ E ขึ้นไป ที่ต้องวิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหา(RCA) สามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาเชิงระบบ
4. สามารถจัดเก็บ รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง หาแนวโน้มและประเด็นสำคัญเพื่อใช้ในการจัดทำนโยบายและวางแผนทางป้องกันแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ
5. เกิดระบบการเชื่อมประสาน สะท้อนข้อมูลความเสี่ยงสู่ทีมคร่อมสายงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพและป้องกันความเสี่ยงอย่างยั่งยืน
6. สร้างวัฒนธรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพเน้นให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีความรู้ ความเข้าใจในการแก้ไขความเสี่ยงทันทีและมีส่วนร่วมในการทบทวนและแก้ไขเชิงระบบ

นโยบาย

1. มุ่งเน้นการค้นหา ตรวจสอบและการแก้ไขเชิงระบบโดยไม่ถือความผิดของบุคคลใดบุคคลหนึ่งไม่มีการนำเอาอุบัติการณ์ความเสี่ยงมาเกี่ยวข้องกับการพิจารณาความดีความชอบและขึ้นเงินเดือน

2. ให้ทุกหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยงภายใน โดยจัดทำบัญชีความเสี่ยงหน่วยงาน (ใช้กระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การค้นหา, การประเมิน, การจัดการและการประเมินผล) อ้างอิงจากกระบวนการทำงานในงานประจำและรายงานอุบัติการณ์ในอดีตที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งวางมาตรการป้องกันแก้ไขอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต
3. เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในเหตุการณ์หรือเป็นผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ ถือว่ามีหน้าที่สำคัญที่จะรายงานเหตุการณ์เข้าสู่ระบบทันที เพื่อดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงต่อไป
4. เมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ให้บริการจัดการแก้ไขเบื้องต้นตามขั้นตอน จากนั้นให้ทำการทบทวนอุบัติการณ์ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามระดับความรุนแรงของความเสี่ยงนั้นๆพร้อมส่งข้อมูลการทบทวนสู่ทีมบริหารความเสี่ยงต่อไป
5. ให้มีการจัดประชุมสรุปผลการดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงทุกเดือน เพื่อรวบรวมและสะท้อนข้อมูลกลับสู่ทีมคร่อมและหน่วยงานเพื่อทำการปรับปรุงแก้ไขเชิงระบบ ป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นซ้ำ

ขอบข่าย:บุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล

คำจำกัดความ

1. ความเสี่ยง(Risk) โอกาสที่อาจเกิดความคลาดเคลื่อน/ความไม่ปลอดภัย/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
2. อุบัติการณ์(Incident) เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น อาจดักจับได้ก่อนหรือดักจับไม่ได้ถึงผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่
3. ความผิดพลาด(Error) ความล้มเหลวจากแผนที่วางไว้
4. เหตุเกือบพลาด(Near miss) เกิดความคลาดเคลื่อน ยังไม่ถึงผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่
5. เหตุพลาด(Miss) เกิดความคลาดเคลื่อนและผลส่งถึงผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่
6. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(Adverse event) ความคลาดเคลื่อนที่เกิดกับผู้ป่วย
7. เหตุการณ์พึงสังวร(Sentinel event) เหตุการณ์รุนแรงอันนำไปสู่การสูญเสียชีวิต พิการหรือสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย ควรมีการจัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุซ้ำ

นโยบายความปลอดภัยผู้ป่วย

Patient safety goals: SIMPLE	
S: Safe surgery	S2 Safe anesthesia S3.2 Surgical Safety Checklist
I: Infection Control (Clean Care is Safer Care)	I1 Hand Hygiene / Clean Hand I2.1 CAUTI Prevention
M: Medication & Blood Safety	M1 Safe from ADE

	M1.2 Improve the safety of High-Alert Drug M2 Safe from medication error M2.1 Look-Alike Sound-Alike medication names M3 Medication Reconciliation M4 Blood Safety
P : Patient Care Processes	P1 Patients Identification P2.1 Effective Communication –SBAR P4.2 Preventing Patient Falls
L : Line, Tube & Catheter	
E: Emergency Response	E3 Acute Coronary Syndrome E4 Maternal & Neonatal Morbidity

ตัวชี้วัดทีมRM

ประเด็นคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ประสิทธิภาพ	-อัตราการประชุมคณะกรรมการความเสี่ยงอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง -ร้อยละของหน่วยงานที่มีบัญชีความเสี่ยงในหน่วยงาน จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงานจากใบOccurrence Report จำนวนความเสี่ยงจากการสำรวจ/สัมภาษณ์ -จากคู่มือรับความคิดเห็น-การสำรวจความพึงพอใจ	> 80% 100% >200/ค > 200/ค
ปลอดภัย	สัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์ near miss -ร้อยละของอุบัติการณ์ระดับ E-I ได้รับการทำRCA	70% 100%
เชื่อมประสานและบูรณาการ	อุบัติการณ์ที่เกิดในเรื่องpatient safety goals (ลงรายละเอียดตัวชี้วัดใน PCT ,ระบบยา และทีมคร่อมที่เกี่ยวข้อง)	

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงภายในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

1. นายแพทย์ธนัทศิริชยาพร นายแพทย์ปฏิบัติการ ประธานกรรมการ
2. นายปรีชา แสงคำ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ กรรมการด้านสารสนเทศ
3. นายปิยะกุล คำหงสา พยาบาลวิชาชีพกรรมการด้านสารสนเทศ
4. นางสาวรัญจวน บุญกัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการกรรมการด้านคลินิก
5. นางสาวจุฑาทิพย์ เพียรสบาย พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กรรมการด้านยา
6. น.ส.อุไรวรรณ เพ็งคำปั้ง นักวิชาการเงินและบัญชี กรรมการด้านการเงิน
7. นางสาวนิภาพร รวมธรรม นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ กรรมการด้านสิ่งแวดล้อม

8. นางสาวเกตุ์นนิภา วงศ์ดี นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการกรรมการด้านควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ
9. นางสาวธิติยา คำมุงคุณพยาบาลวิชาชีพกรรมการด้านอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์
10. นางสาวกนกวรรณ เทียงผดุงพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการด้านจริยธรรมและบุคคลากร
11. นางนันทรัตน์ โกษาแสง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการและเลขานุการ
12. นางสาวสุพัตตรา สิงห์นวลคำพยาบาลวิชาชีพกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
13. นางชัชฎาภรณ์ จ้องสละ พนักงานคอมพิวเตอร์ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
14. นายวิษณุพงศ์ ศรีบุรัมย์นักเทคนิคการแพทย์ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่ 1. กำหนดนโยบายและวางแผนการบริหารจัดการความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาล

2. ทำหน้าที่เป็นทีมพร้อมสายงานเชื่อมประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ทีมพร้อมและทีมนำต่างๆ สะท้อนและคืนข้อมูลเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจและการพัฒนาระบบงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ฝึกอบรม ให้ความรู้แก่บุคลากรเรื่องการบริหารจัดการความเสี่ยง ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติในระบบการรายงานความเสี่ยงตามระดับชั้น

4. กระตุ้นให้เกิดวัฒนธรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ

5. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง หาแนวโน้มและประเด็นสำคัญเพื่อใช้ในการจัดทำนโยบายและวางแผนแนวทางป้องกันแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ

หัวหน้าหน่วยงาน

หน้าที่ 1. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงประจำหน่วยงานโดยตำแหน่ง

2. เข้าร่วมประชุมทีมความเสี่ยงกลางเป็นประจำทุกเดือน

3. ค้นหา ติดตาม และแก้ไขปัญหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานของตนเป็นการเบื้องต้น

4. เป็นผู้ติดตามกำกับ การเขียนสรุปเหตุการณ์สำคัญและพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นซ้ำ และสรุปผลลัพธ์ที่ได้เสนอทีมบริหารความเสี่ยง หรือทีมพร้อมสายงานที่รับผิดชอบเพื่อดำเนินการต่อไป

บุคคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล

- หน้าที่**
1. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้นเมื่อเกิดอุบัติการณ์ และรายงานอุบัติการณ์ตามลำดับขั้นตอน
 2. ร่วมทำการค้นหา ประเมิน และจัดการความเสี่ยงในงานประจำของตนเอง
 3. มีทัศนคติที่ดีต่อการแก้ไขพัฒนาเมื่อมีการทบทวนอุบัติการณ์และปรับเปลี่ยนระบบการทำงาน

โปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล

1. โปรแกรมความเสี่ยงทางด้านคลินิก หมายถึง อุบัติการณ์ที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั้งหมดทางคลินิก / ทางวิชาชีพ

2. โปรแกรมความเสี่ยงทางด้านยาและสารน้ำ หมายถึง อุบัติการณ์ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหรืออาจนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ยานั้นอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ให้บริการผู้ป่วย อาจจะเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ ผลิตรภัณฑ์ การผสม การจ่าย การกระจาย การให้ยา(หรือการบริหารยา) การให้ข้อมูล การติดตามและการใช้ยา โดยมีทีมบริหารความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นผู้รับผิดชอบ

3. โปรแกรมความเสี่ยงด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ หมายถึง อุบัติการณ์ที่เกี่ยวกับการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตลอดจนการดูแลขั้นตอนของการทำความสะอาด การทำให้ปราศจากเชื้อของอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ การใช้น้ำยาต่างๆ ที่ใช้ในโรงพยาบาล อุบัติการณ์เกิดอันตรายจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เช่น การถูกของมีคม ถูกเข็มตำการสัมผัสสารคัดหลั่ง โดยมีทีม IC เป็นผู้รับผิดชอบ

4. **โปรแกรมความเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย** หมายถึง อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินในโรงพยาบาล ทั้งของผู้มารับบริการ เจ้าหน้าที่ อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม ไฟฟ้า ชยะ อาคารสถานที่ ความเสี่ยงทางด้านอุบัติภัยและอัคคีภัยต่างๆ โดยมีทีม ENV เป็นผู้รับผิดชอบ

5. **โปรแกรมความเสี่ยงทางด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ** หมายถึง อุบัติการณ์ที่เกิดจากการความไม่พร้อมและไม่เพียงพอของอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ที่มีผลต่อการให้บริการ โดยมีทีม UM เป็นผู้รับผิดชอบ

6. **โปรแกรมความเสี่ยงด้านการสื่อสารและเวชระเบียน** หมายถึง อุบัติการณ์ที่เกิดจากความผิดพลาดจากการสื่อสาร ระบบสารสนเทศ และรวมถึงความไม่สมบูรณ์ ความไม่ถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยมีทีม IM เป็นผู้รับผิดชอบ

7. **โปรแกรมด้านคุณภาพบุคลากร** หมายถึง อุบัติการณ์ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม ผู้มารับบริการไม่พึงพอใจ ข้อร้องเรียน ความรู้ทักษะของเจ้าหน้าที่ ปัญหาอัตรากำลังในการทำงาน การปฏิบัติตามมาตรฐานการทำงาน คุณธรรมจริยธรรมของเจ้าหน้าที่โดยมีทีม HRD และอนุกรมความเสี่ยงทางจริยธรรมเป็นผู้รับผิดชอบ

8. **โปรแกรมด้านการเงิน** หมายถึง อุบัติการณ์ที่ส่งผลให้ทางโรงพยาบาลเสียหายได้หรือเป็นสัญญาณที่ส่งกระทบต่อรายได้ของทั้งโรงพยาบาลโดยมีฝ่ายการเงินเป็นผู้รับผิดชอบ

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. การค้นหาความเสี่ยง
2. การประเมินความเสี่ยง
3. การจัดการความเสี่ยง
4. การประเมินผลการปฏิบัติ

การค้นหาความเสี่ยง

การค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ(เกิดเหตุการณ์ก่อนแล้วจึงรับรู้)

1. การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
2. ใบแสดงความคิดเห็นของผู้รับบริการ

การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก(ค้นหาก่อนได้รับรายงาน)

1. ทะเบียนความเสี่ยงหน่วยงาน(Risk profile)
2. การค้นหาอุบัติการณ์ในเวชระเบียนความเสี่ยงสูง(Trigger tool)
3. การเยี่ยมสำรวจหน่วยงาน(RM round)
4. การประชุมภายในหน่วยงาน
5. การทบทวนเวชระเบียนโดยผู้ชำนาญกว่า
6. Clinical tracer
7. สำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการ

การประเมินความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยงพิจารณาจากระดับความรุนแรง ซึ่งทางโรงพยาบาลบึงโขงหลงได้มีการแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 2 ประเภทตามหมวดหมู่ของโปรแกรมที่ดูแลรับผิดชอบความเสี่ยง ดังนี้

เกณฑ์ความรุนแรง A-I ใช้กับโปรแกรมความเสี่ยง 3 โปรแกรม คือ

1. ด้านคลินิก
2. ด้านยาและสารน้ำ
3. ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ตารางแสดงเกณฑ์การแบ่งความรุนแรง ระดับ A-I (รุนแรงน้อยไปมาก)

ระดับ	ความหมาย	ระยะเวลาการ ทบทวน
A	เกิดความคลาดเคลื่อนในหน่วยงาน “ดักจับได้”ไม่ถึงผู้รับบริการ	1 เดือน
B	เกิดความคลาดเคลื่อนและตรวจพบโดยหน่วยงานอื่น แต่ไม่ถึงผู้รับบริการ	1 เดือน
C	เกิดความคลาดเคลื่อนถึงผู้รับบริการ/ผู้ปฏิบัติงานแต่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย	1 เดือน
D	เกิดความคลาดเคลื่อน ถึงผู้รับบริการ/ผู้ปฏิบัติงานส่งผลให้ต้องมีการดูแลหรือเฝ้าระวัง เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย	1 เดือน
E	เกิดความคลาดเคลื่อน ถึงผู้รับบริการ/ผู้ปฏิบัติงานส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว ต้องมีการบำบัดรักษา	1 สัปดาห์
F	เกิดความคลาดเคลื่อน ถึงผู้รับบริการ/ผู้ปฏิบัติงานส่งผลให้เกิดอันตราย ต้องรับไว้ในนอน	1 สัปดาห์

	โรงพยาบาลหรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น	
G	เกิดความคลาดเคลื่อน ถึงผู้รับบริการ/ผู้ปฏิบัติงานส่งผลให้เกิดอันตรายถาวร/พิการ	1 สัปดาห์
H	เกิดความคลาดเคลื่อน ถึงผู้รับบริการ/ผู้ปฏิบัติงานส่งผลให้อันตรายเกือบถึงชีวิต ต้องทำการช่วยเหลือ เช่น CPR	1 สัปดาห์
I	เกิดความคลาดเคลื่อน ถึงผู้รับบริการ/ผู้ปฏิบัติงานส่งผลให้เสียชีวิต	24 ชั่วโมง

เกณฑ์ความรุนแรง 1-4 ใช้กับโปรแกรมความเสี่ยง 5 โปรแกรม คือ

1. ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
2. ด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ
3. ด้านการสื่อสารและเวชระเบียน
4. ด้านคุณภาพบุคลากร
5. ด้านการเงิน

ตารางแสดงเกณฑ์การแบ่งความรุนแรง ระดับ 1-4 (รุนแรงน้อยไปมาก)

ระดับ	ทรัพย์สิน	ระบบงานเครื่องมือ	ชื่อเสียง	ระยะเวลาการทบทวน	เทียบระบบคลินิก
1	ตรวจพบก่อนได้รับความเสียหาย	ตรวจพบก่อนได้รับความเสียหาย	ตรวจพบก่อนได้รับความเสียหาย	1 เดือน	A-B
2	เสียหายมูลค่าน้อยกว่า 5,000 บาท	<u>แก้ไขแล้วได้ผลน่าพึงพอใจ</u> , ซ่อมแล้วใช้งานได้ปกติ	ไม่พึงพอใจ แต่อธิบายให้เข้าใจหน้างานได้	1 เดือน	C-D
3	มูลค่า 5,000 – 20,000 บาท	ส่งผลกระทบต่อหน่วยงานอื่น, ซ่อมใช้ได้ชั่วคราวแต่ต้องจัดหาซื้อใหม่ทดแทน	เสี่ยงต่อการเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาลต้องอาศัยทีมใกล้เคียง	1 สัปดาห์	E-F
4	มูลค่ามากกว่า 20,000 บาท	มีผลกระทบต่อชุมชนหรือระดับโรงพยาบาล, เสียหายไม่สามารถซ่อมแซมได้	เกิดข้อร้องเรียนในชุมชน <u>เสี่ยงต่อการฟ้องร้อง</u>	1 สัปดาห์	G-I

การจัดการความเสี่ยง

การจัดการก่อนเกิดอุบัติการณ์ : แนวทางการป้องกันหรือลดความเสี่ยง

1. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง ใช้ในกรณี ไม่มีความเชี่ยวชาญในงานที่จำเป็นต้องอาศัยความชำนาญเฉพาะด้าน ไม่ควรลงมือปฏิบัติเอง เช่น การส่งต่อผู้ป่วยกรณีที่มีความซับซ้อน ห้ตถการความเสี่ยงสูง เป็นต้น
2. การผ่อนคลายความเสี่ยง คือ การให้ผู้มีความชำนาญมากกว่ามากำกับดูแลหรือลงมือปฏิบัติแทน เช่น การจ้างบริษัทซ่อมบำรุงมาให้บริการกรณีเครื่องมือขัดข้อง เป็นต้น
3. การป้องกันความเสี่ยง คือ การออกแบบระบบหรือวิธีการปฏิบัติงานเพื่อลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อน เช่น การใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะปฏิบัติงาน การวางแผนซ่อมบำรุงตรวจสอบสภาพอุปกรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนด การซ่อมแผนอค์คีย์ เป็นต้น
4. การแบ่งแยกความเสี่ยง คือ การกระจายความเสี่ยงเพื่อรองรับเสียหายที่อาจเกิดขึ้น เช่น การแบ่งแยกหรือจัดให้มีระบบสำรองไฟฟ้า ข้อมูลประวัติการรักษาผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

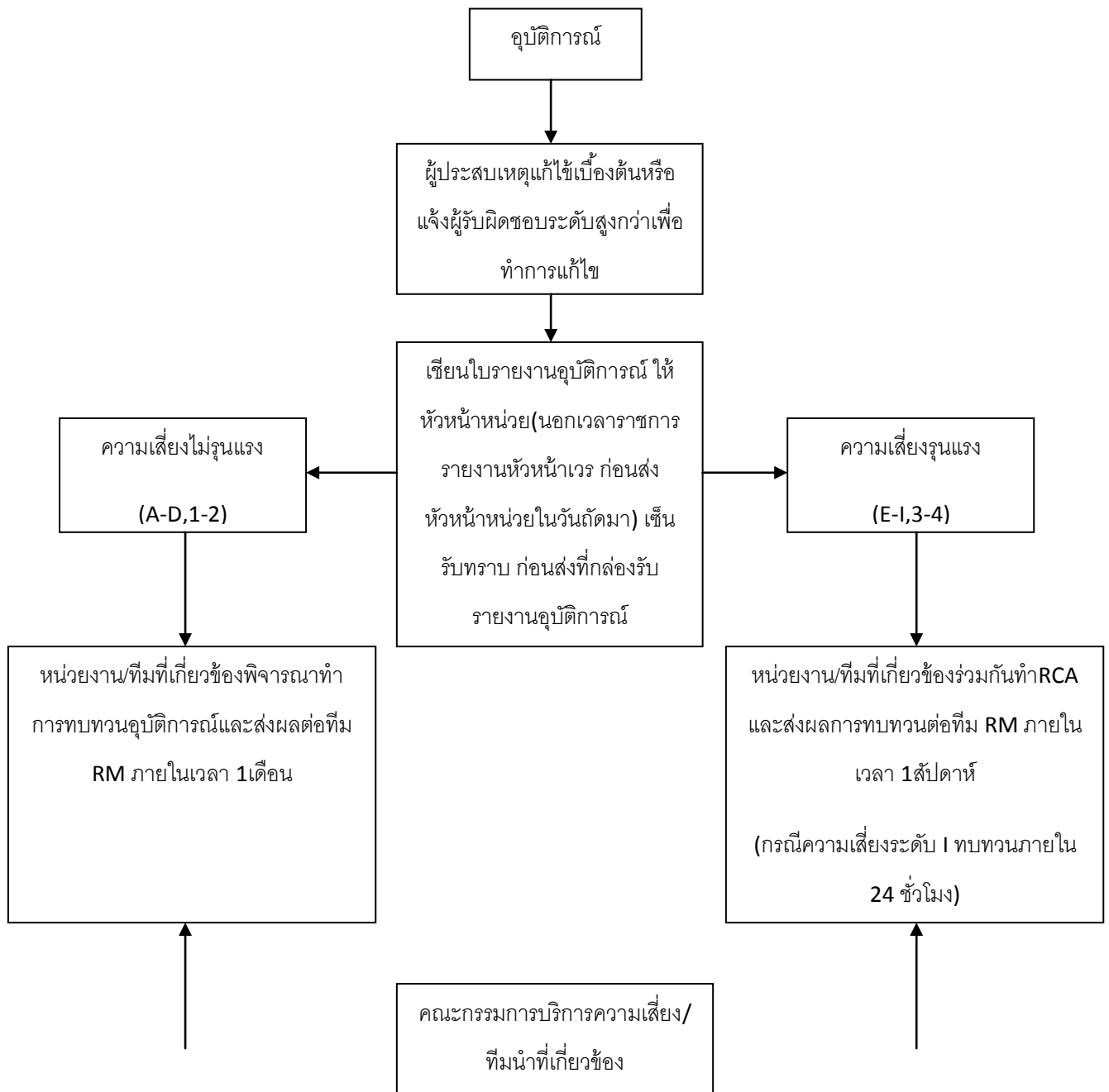
การจัดการหลังเกิดอุบัติการณ์

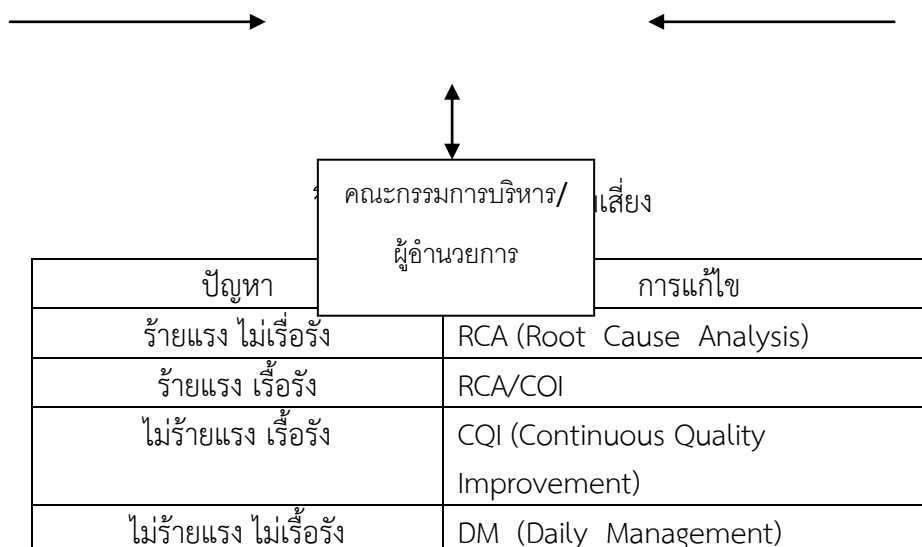
ผู้พบอุบัติการณ์และผู้ร่วมพบเห็นเหตุการณ์ทำการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นหรือในกรณีที่เกิดความสามารถให้แจ้งต่อหัวหน้าหน่วยหรือผู้รับผิดชอบระดับเหนือกว่าเพื่อทำการแก้ไขปัญหามาตามขั้นตอน

หลังจากแก้ไขเบื้องต้นจนเสร็จสิ้นแล้ว ให้เขียนใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้หัวหน้าหน่วยงานเซ็นรับทราบ(กรณีนอกเวลาราชการให้รายงานต่อหัวหน้าเวรและให้หัวหน้าหน่วยเซ็นรับทราบในวันถัดไป)ส่งให้ทีมบริหารความเสี่ยงผ่านทางผู้รับรายงานอุบัติการณ์ เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลและนำไปแก้ไขปัญหามาตามระบบต่อไป

หน่วยงานหรือทีมที่เกี่ยวข้องร่วมทำการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ตามระยะเวลาที่กำหนดตามระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์นั้นๆ และส่งผลการทบทวนให้ทีมบริหารความเสี่ยง 1ชุด เพื่อติดตามประเมินผลการแก้ไขป้องกันความเสี่ยงไม่ให้เกิดซ้ำ

แผนภูมิการจัดการและการรายงานความเสี่ยง





การประเมินผลการปฏิบัติ

การประชุมใหญ่ที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและหัวหน้าหน่วยงาน

ทีมบริหารความเสี่ยงจัดให้มีการประชุมใหญ่ร่วมทุกเดือน เดือนละหนึ่งครั้ง ทุกวันศุกร์ที่สองของเดือน เพื่อสรุปผลงานและรวบรวมอุบัติการณ์ของทุกโปรแกรม(8โปรแกรมความเสี่ยง) สะท้อนและคืนข้อมูลสู่หน่วยงานและทีม นำ/ทีมคร่อมต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อรับทราบข้อมูลและนำไปพัฒนาระบบงานแก้ไขป้องกันความเสี่ยงให้รัดกุมมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งรับฟังปัญหาอุปสรรคของหน่วยงานในปัจจุบันเป็นตัวกลางเชื่อมประสานนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข

นอกจากนี้ยังเป็นการติดตามมาตรการป้องกันและการพัฒนาต่างๆที่ได้จากการทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นของหน่วยงานต่างๆ ว่าสามารถทำการทบทวนทันตามกำหนดเวลาหรือไม่ การป้องกันแก้ไขได้มีการลงมือปฏิบัติจริงหรือไม่และได้ผลอย่างไร

รายโปรแกรม

ทีมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้แต่งตั้งให้มีผู้รับผิดชอบดูแลความเสี่ยงในแต่ละโปรแกรมโดยเฉพาะ เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการติดตามจัดการดำเนินงานมีทะเบียนความเสี่ยงประจำโปรแกรมของตนเองในการลงบันทึกใบรายงานอุบัติการณ์และติดตามผลการทบทวนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในระยะเวลาที่กำหนดตามระดับความรุนแรง

ภาคผนวก

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเชื่อมประสานและบูรณาการกับการนำองค์กรที่มีคุณภาพต่างๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561
ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง					ต.ค.-ธ.ค.
1. อัตราการประชุมคณะกรรมการความเสี่ยงอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	> 80%	83%	75%	100%	100%
2. ร้อยละของอุบัติการณ์ระดับ E-I ได้รับการทำ RCA	100%	78%	93.6%	98.2%	100%
3. ร้อยละของหน่วยงานที่มีบัญชีความเสี่ยงในหน่วยงาน	100%	100%	100%	100%	100%
4. จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน	2500	1475	1568	1704	679
4.1 จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน จากใบ Occurrence Report		1323	1442	981	349
4.2 จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงานทาง Web application	>50%	-	-	489	256
4.3 จำนวนความเสี่ยงจากการสำรวจ/สัมภาษณ์ (จากตู้รับความคิดเห็น-การสำรวจความพึงพอใจ)	>300	152	126	234	74
5. IR					
• Clinic		488	612	604	271
• Non clinic		370	323	349	205
• Med error		465	507	517	203
6. สัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์ near miss	70%	52.67	53.12	74%	76%
อุบัติการณ์ที่เกิดในเรื่อง patient safety goals (ลงรายละเอียดตัวชี้วัดใน PCT และระบบยา)					

ความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญที่ยังไม่เคยเกิด 10 อันดับแรก

1. มารดาเสียชีวิตจากการมาคลอดบุตร
2. สง่ทารกสลับกััน
3. ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการปลัดตกหกล้มหรือตกเตียงในโรงพยาบาล
4. ผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิตจากการให้สารน้ำเกิน
5. ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการให้เลือดผิดหมู่
6. ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการให้ยาผิดคน
7. การรายงานผลตรวจเลือดเอดส์สลับกััน
8. ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการทำหัตถการหรือการผ่าตัด
9. ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการแพ้ยาฉ็ดในโรงพยาบาล
10. ผ่าตัดผู้ป่วยผิดคน

ความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญที่เคยเกิดขึ้นแล้ว 10 อันดับแรก

1. วินิจฉัยภาวะหัวใจขาดเลือดผิดพลาดผู้ป่วยเสียชีวิต
2. ต้องทำการกู้ชีพผู้ป่วยจากสาเหตุระบบการหายใจล้มเหลว
3. ทารกตายหลังคลอด
4. เชื้อดื้อยา
5. การตกเลือดหลังคลอด
6. การให้เลือดแก่ผู้ป่วยผิดพลาด
7. การลงผลตรวจเลือดผิดพลาด
8. ห้องยาจ่ายยาให้ผู้ป่วยนอกผิดพลาด
9. फिल्मx-rayสลับกัันแต่ตรวจพบโดยแพทย์ก่อนจะอ่านผล
10. รถreferเสีย/ประสบอุบัติเหตุระหว่างนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน

ความเสี่ยงจากเหตุการณ์ทั่วไป ที่สำคัญๆได้แก่

1. อัคคีภัยหรือวัตถุไวไฟระเบิด
2. ไฟฟ้าช็อตเจ้าหน้าที่หรือผู้มารับบริการ
3. ผู้ป่วย/ญาติปฏิเสธการรักษา ขอย้ายการรักษา
4. ผู้ป่วยหรือญาติแสดงความไม่พึงพอใจอย่างรุนแรง
5. เข็มหรือของมีคมทิ่มหรือบาดเจ้าหน้าที่
6. ระบบคอมพิวเตอร์เสียโดยไม่สามารถแก้ไขได้ภายใน30นาที
7. เครื่องปั่นไฟชำรุด
8. ระบบน้ำประปาชำรุด
9. ขโมยขึ้นบ้านพัก
10. เจ้าหน้าที่อาจจกทำร้าย

ตัวอย่างแบบฟอร์มมอบใบรายงานความเสียหาย

หน่วยงานที่รายงาน		HN.....	วันที่เกิดเหตุเวลา.....	IR No.....	
ชื่อ-สกุลผู้ป่วย		AN.....	วันที่เขียน.....	วันที่RCM รับเรื่อง.....	
O 1.โปรแกรมด้านคลินิก: เกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาล ทั้งหมด ทางคลินิก(A-I)		O 2.โปรแกรมความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (1-4)			
O 3.โปรแกรมความเสี่ยงด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ(A-I)		O 4. โปรแกรมความเสี่ยงด้านยา : ลงบันทึกในใบ Medical error(A-I)			
O 5.โปรแกรมความเสี่ยงด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ(1-4)		O 6.โปรแกรมความเสี่ยงด้านการสารสนเทศและเวชระเบียน(1-4)			
O 7.โปรแกรมความเสี่ยงด้านบุคลากร(1-4)		O8 .โปรแกรมความเสี่ยงด้านการเงิน:(1-4)			
การแบ่งระดับความรุนแรงและผลกระทบ					
ระดับ	ระดับ	บุคคล	ทรัพย์สิน	ระบบงาน	ชื่อเสียง
1	A	“ดักจับได้” โดยหน่วยงาน ก่อนที่จะไปถึงผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่			
	B	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแต่สามารถตรวจพบได้ก่อน ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่			
รุนแรงต่ำ	C	“ส่งผลกระทบ” ถึง ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่แต่ไม่ได้รับอันตราย	ทรัพย์สินเสียหาย เล็กน้อยอุปกรณ์ชำรุด มูลค่าความชำรุด มูลค่าความเสียหาย1,000 บาท – 5,000 บาท	- เกิดเหตุการณ์แล้ว สามารถแก้ไขเหตุการณ์ได้มีผลน่าพึงพอใจ เช่น ช่อมให้กลับมาใช้งานได้เหมือนเดิมได้	ไม่พึงพอใจอธิบายให้เข้าใจ หน่วยงานได้
	D	ต้องมีการเฝ้าระวังเพิ่มเติม เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย			
รุนแรงสูง	E	เกิดอันตราย (harm) ชั่วคราว “ต้องมีการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม ”	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า>5,000-20,000 บาท	มีผลกระทบต่อนอกหน่วยงาน ต้องวิเคราะห์ สาเหตุ ปรับระบบงานภายในร่วมกัน แก้ไขได้ระดับหนึ่งและไม่เกิดความเสียหายระยะยาวเช่น แก้ไขให้ใช้งานได้ชั่วคราวต้องซื้อใหม่ทดแทนฐานข้อมูลไม่สูญหาย	บุคคลภายนอกหน่วยงาน เริ่มทราบเรื่องอาจเกิดการเสียหายชื่อเสียงของรพ.แต่ควบคุมได้มีบุคคลภายนอกทราบเรื่องต้องอาศัยทีมใกล้เคียง
	F	เกิดอันตราย(harm) เป็นการชั่วคราว “ต้องรับไว้ในนอนโรงพยาบาล หรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น”			
(วิกฤต)	G	เกิดความสูญเสีย (harm) เป็น “อันตรายถาวร” เช่น พิการ/เสียชีวิต	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า > 20,000	มีผลกระทบต่อชุมชนแก้ปัญหาในระดับ รพ. และสิ่งแวดล้อมแก้ปัญหาในระดับโรงพยาบาล เกิดความเสียหายระยะยาว	เกิดการร้องเรียนขึ้นในชุมชนมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง และ เรียกค่าเสียหายเกิดกรณีฟ้องร้อง
	H	“อันตรายเกือบเสียชีวิต” เช่น การแพ้ยา anaphylaxis anaphylaxis หยุดเต้นต้องช่วย CPR			
	I	เสียชีวิต			
ประเด็นปัญหา/ความเสี่ยง.....ระดับความรุนแรง					
.....บรรยายเหตุการณ์					
.....					
.....					
.....					
สาเหตุเบื้องต้นเกิดจาก.....		การดำเนินการแก้ไขเบื้องต้น		หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
.....		
.....		
.....		
ลงนามผู้บันทึก		หัวหน้าหน่วยงานรับทราบ		ลงนามผู้ทบทวน.....	
.....		
.....		
.....		

แบบฟอร์มสรุปบททวนอุบัติการณ์ (กรณีความเสี่ยงไม่รุนแรง)

ชื่อ.....HN.....วันที่เกิดเหตุ.....วันที่ทบทวน.....

วินิจฉัย.....

สรุปประวัติและการรักษา

.....
.....
.....

สรุปบททวน

- เป็นอุบัติการณ์ที่สามารถเกิดได้ในผู้ป่วยรายนี้เพราะ.....
- เป็นอุบัติการณ์ที่ไม่ควรเกิดในผู้ป่วยรายนี้ซึ่งเกิดจาก.....

การเข้าถึง

- เข้าถึงรับบริการเร่งด่วน.....
- การรับผู้ป่วย.....
- การให้ข้อมูลเบื้องต้น, Informconconsent.....

การประเมินผู้ป่วย

- ประเมินผู้ป่วย (CPG).....
- การส่งตรวจเพิ่มเติมที่จำเป็น.....
- การวินิจฉัยโรค.....

การวางแผน

- การวางแผนดูแล.....
- การวางแผนจำหน่าย.....

การดูแล

- การดูแลทั่วไป.....
- การดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูง.....
- การให้ข้อมูลและเสริมพลัง
- การดูแลต่อเนื่อง

อื่นๆ

- เครื่องมือและอุปกรณ์ ไม่เพียงพอ ไม่พร้อม.....
- การกำกับควบคุมกระบวนการ.....
- สิ่งแวดล้อม.....
- อื่นๆ

แนวทางแก้ไข

.....
.....

หน่วยงาน/คณะกรรมการผู้ดำเนินการ _____ วันที่ _____

สรุปการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

	Before the Accident	After the Accident						
	←—————■—————→							
Day	Day	Day	Day	Day	Day	Day	Day	Day
	↓							

แบบทบทวน RCA

ชื่อเหตุการณ์.....

บรรยายสรุปเหตุการณ์

.....
.....

ภูมิหลังของเหตุการณ์

1. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีการวางระบบไว้อย่างไร.....
2. มีการดำเนินการอะไรที่แตกต่างไปจากระบบที่วางไว้จึงทำให้เกิดปัญหา.....
3. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการกระทำ (หรือไม่กระทำ) ของบุคคลหรือไม่.....
4. ความบกพร่องของเครื่องมือเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งของเหตุการณ์หรือไม่.....
5. กิจกรรมหรือการรักษาพยาบาลในเหตุการณ์นี้ดำเนินการในสถานที่ปกติที่ควรเป็นหรือไม่.....
6. บุคลากรได้รับอนุญาต/ มีความสามารถเพียงพอในการทำกิจกรรมดังกล่าวหรือไม่.....
7. บุคลากรมีจำนวน/ คุณสมบัติเพียงพอหรือไม่.....
8. บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานดังกล่าวเป็นประจำหรือไม่.....
9. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเพื่อรับผิดชอบปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันเหตุการณ์ดังกล่าวหรือไม่.....

ข้อมูลและการสื่อสาร

1. ความสับสนของข้อมูลและการสื่อสารเป็นสาเหตุของปัญหาหรือไม่.....
2. การขาดการติดต่อสื่อสารเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาค้างครั้งหรือไม่.....

สิ่งแวดล้อม

1. สิ่งแวดล้อมอะไรบ้างที่อาจส่งผลต่อเหตุการณ์ในครั้งนี้.....

วัฒนธรรมขององค์กร ข้อมูลและการสื่อสาร

1. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์มีส่วนร่วมในการตรวจสอบเหตุการณ์ครั้งนี้หรือไม่.....
2. หัวหน้าฝ่าย / ผู้ตรวจการและแพทย์มีส่วนร่วมในการทบทวนผลการตรวจสอบหรือไม่.....

สาเหตุอื่นๆสิ่งแวดล้อม

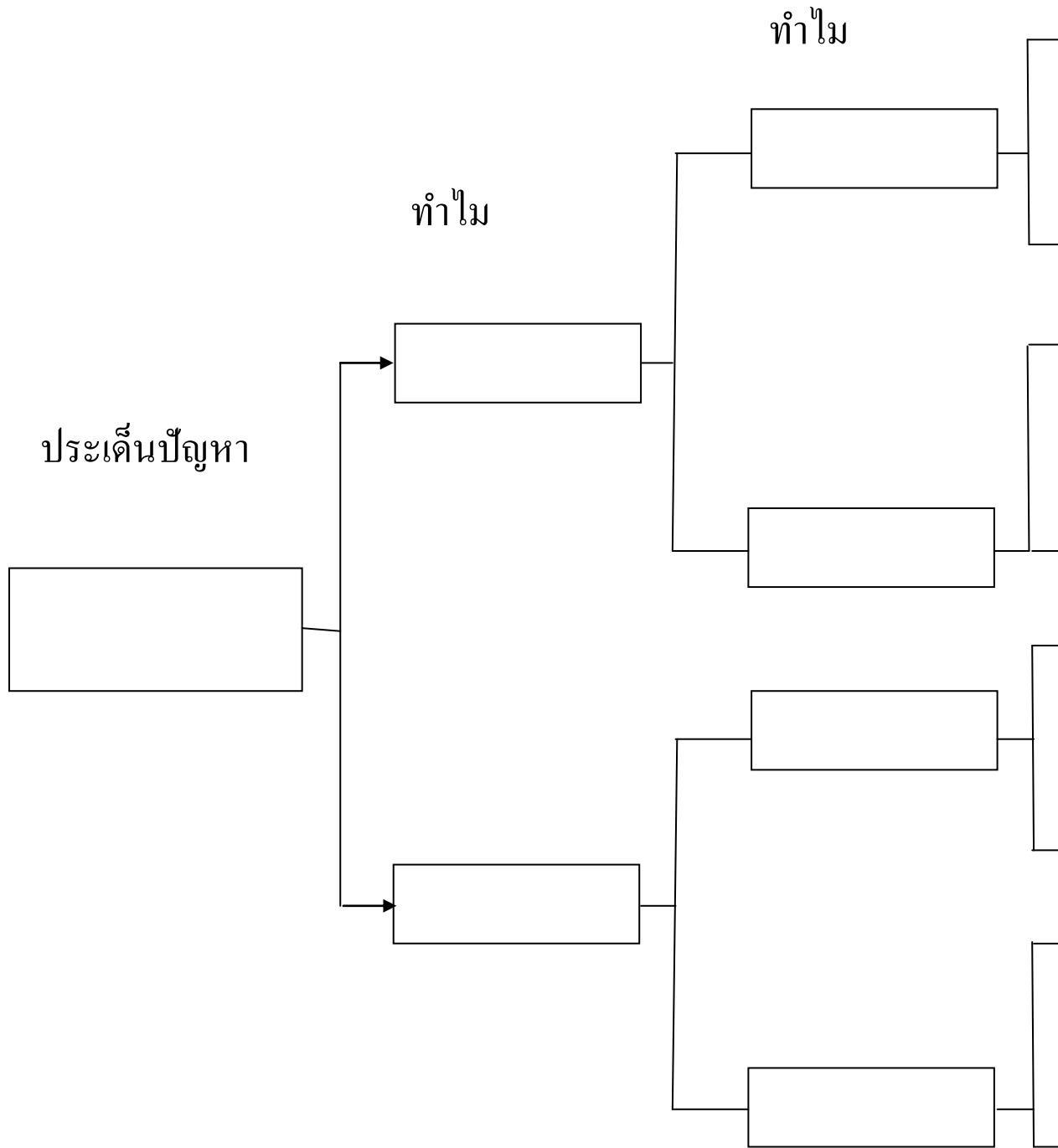
1. มีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในครั้งนี้หรือไม่.....

ประเด็นปัญหา	สาเหตุ	แนวทางแก้ไข/แผนการพัฒนา	วันที่ แล้วเสร็จ หรือเริ่มดำเนินการ	วันที่ ติดตามผล	ผู้รับผิดชอบ

สรุปมาตรการลดความเสี่ยงที่นำมาใช้: โปรดตรวจสอบเหตุการณ์วิเคราะห์และสรุปผลส่งมายังเลขฯ RM ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามระดับความเสี่ยง

รายชื่อผู้ร่วมทบทวน				

ลงชื่อ _____ (_____) หัวหน้าหน่วยงาน	ลงชื่อ _____ (_____) ผู้จัดการความเสี่ยงประจำหน่วยงานฯ	ลงชื่อ _____ (_____) ผู้ประสานงานความเสี่ยงประจำโปรแกรมฯ
--	--	--



ตัวอย่างการทำ RCA

หน่วยงาน/คณะกรรมการผู้ดำเนินการ IPD วันที่10/9/2555 ค.ณ. อายุ 6 เดือน

สรุปการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

		Before the Accident	After the Accident	
Day1(21/8/55)	Day7(27/8/2555)	(7 ก.ย. 2555)	(8ก.ย. 2555)	Day
<p>-ฉีดวัคซีนที่สถานีนอนามัย หน้าขาซ้าย→มีปวด บวม แดงขามาประมาณ 4 วัน</p>	<p>Cc: ไข้ เป็นมา 4 วัน หลังฉีดวัคซีนไข้ ไข่อิมมี เสมหะไปรักษาที่คลินิก อาการไม่ดีขึ้น PE: injected pharynx ให้-BHX ½ x 3 -Dom1/2x3 -Para s 1ชช.prn.</p>	<p>12.41 น.Cc: ไข้ เป็นมา 4 วัน รักษาที่คลินิก อาการไม่ดีขึ้น T=38.2 c P=120/min R=26/min นน. 8 kg. สูง62 cm. PE:GA→Active ,injected pharynx :Brudzinski's sing→-ve Dx. Acute pharyngitis Rx.-Amoxicillin s (125mg) 1x3 ชช. Pc - Paracetamol 1sp. prn.q 4 hr.</p>	<p>9.36 น.Cc: ไข้ เกร็ง เป็นมา 2 วัน HPI : 5 วันก่อนมา มีไข้ ไม่ไอไม่มีน้ำมูกรับการรักษาที่ รพ. อาการไม่ดีขึ้นเข้านี้มีอาการแข็งเกร็งไปปรับการรักษา ที่สถานีนอนามัย จึงมารพ. T=40.3 c P=188/min R=48/min O2 sat =94% ขณะเช็ดตัวที่ ER มีชักเกร็งได้ DZP 4 mg. V ได้รับข้อร้องเรียนจากสอ.เรื่องญาติไม่พึงพอใจในบริการ ติดตามญาติที่รพ.สกลนครพบว่าญาติไม่พึงพอใจ เนื่องจากเด็กมีอาการไข้มามากเป็นระยะหลังได้รับวัคซีนเมื่อ วันที่ 21/8/2555→มาตรวจที่รพ. 27/8/2555Dx. Acute pharyngitis ไม่ได้ ATB กลับไปเด็กยังมีไข้เป็นๆหายๆ →7/9/2555 มีไข้สูง ชัก จึงมารพ. โดยคาดหวังว่าจะได้ นอนรพ.แพทย์ให้ยากลับไปกิน→8/9/2555 ชิม ไปสอ. แนะนำมารพ.มารพ.เจ้าหน้าที่บอกว่าทำไหมพาหลานมา ซ้ำจึงเกิดความไม่พึงพอใจตะโกนกลับไปว่าเมื่อวานก็มา</p>	<p>10.39 น.Admitted: 5% D/N/ 3 500 ml. V 40 ml/hr →CXR,x-rayLt thigh AP,lat. -CPM s 1x2 opc →CBC ,E'lyte- Para s 1tsp.O prn. K=3.07 ↓ TCO2=17 ↓ 8.1 2,500 29 23.7 66,000 69 →DZP 2.5 mg. Vprn. for Seizer →Obs.Tmp. ,สอนเช็ดตัว →Stool exam 12.30 น. →Repeat CBC,E'lyte →Refer รพ.สกลนคร R/O Sepsis</p>

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย 2555 ค.ญ. อายุ 6 เดือน HN3101 AN 2372 ชื่อเหตุการณ์ Miss Dx. Seizer, ญาติไม่พึงพอใจบริการ

1.1 บรรยายสรุปเหตุการณ์ _____

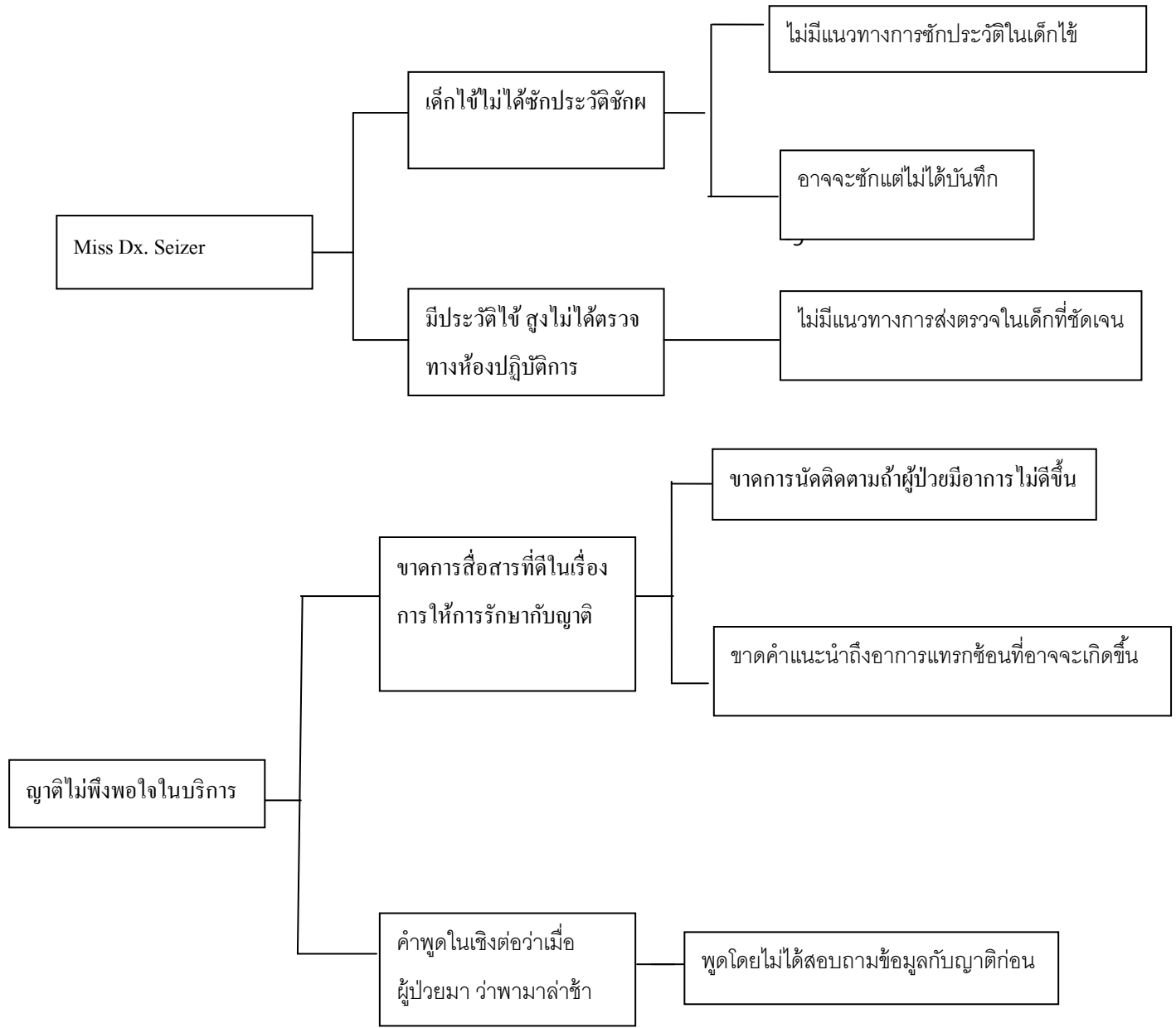
ประเด็นทบทวน	ใช่	ไม่ใช่	รายละเอียด
2. ภูมิหลังเหตุการณ์			
2.1 ในเหตุการณ์นี้ที่จริงมีการวางระบบไว้หรือไม่? และอย่างไร? (ใส่/แนบ flow chart)ครอบคลุม?		/	ไม่มีแนวทางการซักประวัติไข้
2.2 มีการดำเนินการที่แตกต่างไปจากระบบที่วางไว้ทำให้เกิดปัญหาหรือไม่? และอย่างไร?	/		ไม่มีแนวทาง
2.3 มีการกระทำหรือไม่กระทำของบุคคลที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดเหตุการณ์หรือไม่? และอย่างไร?	/		การสื่อสารของเจ้าหน้าที่กับญาติระหว่างให้บริการ
2.4 มีความบกพร่องหรือไม่พร้อมของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ร่วมด้วยหรือไม่? และอย่างไร?		/	
2.5 มีความบกพร่องของสถานที่ที่เกิดเหตุร่วมด้วยหรือไม่? และอย่างไร?		/	
2.6 บุคคลที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ได้รับอนุญาตหรือมีระดับความสามารถเพียงพอต่อการกระทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดเหตุการณ์นั้นหรือไม่? ถ้าไม่แล้วจะต้องเพิ่มความสามารถทักษะหรือประสบการณ์ใด?		/	พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่
2.7 บุคลากรมีจำนวนและคุณสมบัติเพียงพอหรือไม่? ถ้าไม่โปรดระบุเหตุผล		/	
2.8 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นประจำหรือไม่? ถ้าไม่โปรดระบุเหตุผล		/	
2.9 กิจกรรมนี้ควรจัดให้มีหน่วยงานหรือทีมบุคลากรที่รับผิดชอบโดยเฉพาะเลยหรือไม่? และอย่างไร?	/		ควรมีอบรมเรื่องการซักประวัติและตรวจร่างกายที่ OPD
3. ข้อมูลและการสื่อสาร 3.1 ความสับสนของข้อมูลและการสื่อสารเป็นสาเหตุของปัญหาหรือไม่? ถ้าใช่โปรดระบุ		/	
3.2 การขาดการติดต่อสื่อสารเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาหรือไม่? ถ้าใช่โปรดระบุ		/	ขาดการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้บริการและญาติถึงการวางแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการที่อาจเกิดขึ้นได้

4. สิ่งแวดล้อม 4.1 สิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่อเหตุการณ์หรือไม่? อย่างไร? (ด้านแสง,เสียง,การถูกรบกวนฯลฯ)		/	
5. วัฒนธรรมองค์กร 5.1 บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์มีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นในการทบทวนและตรวจสอบเหตุการณ์ครั้งนี้หรือไม่? ถ้าไม่โปรดระบุเหตุผล		/	
5.2 หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน/แพทย์มีส่วนร่วมในการทบทวนผลการตรวจสอบหรือไม่? ถ้าใช่โปรดระบุบทบาทแต่ละท่าน ถ้าไม่โปรดระบุเหตุผล		/	แพทย์ทบทวนในส่วนของการรักษาและการตรวจวินิจฉัยที่เหมาะสม พยาบาลOPDทบทวนการซักประวัติให้ข้อมูล
6. สาเหตุอื่นๆ			

มาตรการลดความเสี่ยงที่นำมาใช้ โปรดตรวจสอบเหตุการณ์วิเคราะห์และสรุปผลส่งมายังเลขฯ RM ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามระดับความเสี่ยง

ประเด็นปัญหา	สาเหตุ	แนวทางแก้ไข/แผนการพัฒนา	วันที่แล้วเสร็จ หรือ เริ่มดำเนินการ	วันที่ ติดตามผล	ผู้รับผิดชอบ
MissDx.Siezer	-เด็กไข้ไม่ได้ซักประวัติซัก -มีประวัติไข้สูงไม่ได้ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	-ชุดคำถามผู้ป่วยเด็กที่มาด้วยไข้ -ผู้ป่วยเด็กที่มาด้วยไข้อายุ<1ปี→CBC	10 กันยายน 2555	18กันยายน2555	-นางจินตนา -นพ.โสภส
ญาติไม่พึงพอใจใน บริการ	-ขาดการนัดติดตามถ้าผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้น -ขาดคำแนะนำถึงอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น -พฤติกรรมบริการ	-แนวทางการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ในผู้ป่วยนอก -พัฒนาพฤติกรรมบริการ -ส่งเรื่องทีมใกล้เคียง	10 กันยายน 2555	ตุลาคม	-นางจินตนา -นางอาทิตย์ยา -นางอมร
รายชื่อผู้ร่วมทบทวน	นพ.โสภส จาตุรพิธานุกุล	นพ.ปณิธาน เทียนศิริ	นางเพ็ญแข ครองสิงห์	นางนันทรัตน์ โกษาแสง	น.ส.จุฑาทิพย์ วรรณสิงห์
	นางสุภาลักษณ์ ไกรบุตร	นางอาทิตย์ยา ศรีสรณ์	น.ส.พัชรี กอโพธิ์ศรี	นางจินตนา ศรีงามเมือง	

ลงชื่อ _____ (_____) หัวหน้าหน่วยงาน	ลงชื่อ _____ (_____) ผู้จัดการความเสี่ยงประจำหน่วยงานฯ	ลงชื่อ _____ (_____) ผู้ประสานงานความเสี่ยงประจำโปรแกรมฯ
--	--	--



หลักเกณฑ์การประเมินโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง (Likelihood)

โอกาส	คำจำกัดความ	ความถี่โดยเฉลี่ย	ระดับ
สูง	บ่อย	พบทุกสัปดาห์/พบทุกเดือน/ ไม่ได้วางแผน	4
ปานกลาง	ไม่บ่อย	พบ 2-5 เดือน/ครั้ง	3
น้อย	นานๆ ครั้ง	6 เดือน/ครั้ง	2
น้อยมาก	แทบจะไม่มีโอกาส เกิด	1 ปี/ครั้ง	1

ระดับความเสี่ยง (Risk Map)

โอกาสที่จะเกิด ความเสี่ยง Likelihood rating	ความรุนแรงของความเสี่ยง				โอกาสที่จะเกิด ความเสี่ยง Likelihood rating
	1(A-B)	2(C-D)	3(E-F)	4(G-I)	
4 = สูง	4 (4x1)	8 (4x2)	12 (4x3)	16 (4x4)	4 = สูง
3 = ปานกลาง	3 (3x1)	6 (3x2)	9 (3x3)	12 (3x4)	3 = ปานกลาง
2 = น้อย	2 (2x1)	4 (2x2)	6 (2x3)	8 (2x4)	2 = น้อย
1 = น้อยมาก	1 (1x1)	2 (1x2)	3 (1x3)	4 (1x4)	1 = น้อยมาก

ตารางการจัดการความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง โดยรวม	ระดับคะแนน	แทนด้วยแถบสี	ความหมาย
ต่ำ (Low)	1 – 3	(เขียว)	ระดับความเสี่ยงต่ำ โดยไม่ต้องมีการควบคุม ความเสี่ยง หรือการจัดการเพิ่มเติม
ปานกลาง (Medium)	4 – 6	(เหลือง)	ระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้แต่ต้องมีการ ควบคุม เพื่อป้องกันไม่ให้ความเสี่ยงเคลื่อนย้าย ไปยังระดับที่ยอมรับไม่ได้
สูง (High)	8 – 9	(ส้ม)	ระดับความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้โดย ต้องมีการจัดการ ความเสี่ยง เพื่อให้อยู่ในระดับ ที่ยอมรับได้ต่อไป
สูงมาก (Extreme)	12–16	(แดง)	ระดับความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ จำเป็นต้องเร่งจัดการ ความเสี่ยงให้อยู่ใน ระดับที่ยอมรับได้ทันที

มาตรการป้องกัน

การเตรียมคนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง(อัตรากำลังและทักษะ)	
การเตรียมอุปกรณ์/เครื่องมือ	
การเตรียมข้อมูล(ถ้ามีเอกสารอ้างอิงโปรดแนบมาด้วย)	
ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติที่รัดกุมเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์โปรดแนบ flow chart(ถ้ามี)	
การควบคุมกระบวนการ	

แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์

ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติในการแก้ไขสถานการณ์เมื่อเกิดเหตุการณ์นี้ขึ้น	
การแก้ไขต่อเนืองและกำหนดทีมและระยะเวลาในการทบทวนเหตุการณ์	
การรายงานตามลำดับ	

ตัวอย่างมาตรการป้องกัน

<ul style="list-style-type: none"> ● การเตรียมคน 	-สมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยแรกรับ, การประเมินซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
<ul style="list-style-type: none"> ● การเตรียมอุปกรณ์/เครื่องมือ 	-warning sing -sticker กลุ่มเสี่ยง MI
<ul style="list-style-type: none"> ● การเตรียมข้อมูลข่าวสาร 	-มีแนวทางการ ปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะวิกฤต
<ul style="list-style-type: none"> ● วิธีการปฏิบัติงานที่รัดกุม(Safety Practice) 	<ul style="list-style-type: none"> ● การประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยแรกรับและจัดประเภทผู้ป่วยหนัก ● การติด sticker กลุ่มเสี่ยง MIในผู้ป่วยที่เสี่ยง ● การติดตามอาการเป็นระยะตามประเภทของผู้ป่วยหนักโดยการใช้ warning sing ● การรายงานแพทย์ตาม หลัก warning sing ● การบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงและการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ● เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ต้องทราบอาการที่ต้องแจ้ง
<ul style="list-style-type: none"> ● การควบคุมกระบวนการ (Process Control) 	การทบทวนการดูแลในผู้ป่วยมีอุบัติการณ์การดูแล
แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา	
<ul style="list-style-type: none"> ● การตรวจพบปัญหา 	1.ทันทีที่ตรวจพบความเปลี่ยนแปลงที่เข้าสู่ภาวะวิกฤต
<ul style="list-style-type: none"> ● การลดความเสียหาย 	1.ถ้ามีอุบัติการณ์การเฝ้าระวังไม่เหมาะสมเกิดขึ้นมีการทบทวนในหน่วยงานภายใน 1 วันเขียนใบอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ลำดับที่	ความเสี่ยง	กลยุทธ์	กิจกรรม
1	การเฝ้าระวังผู้ป่วยวิกฤตไม่เหมาะสม	P	แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยวิกฤต
2	ความผิดพลาดจากการให้ยา HAD ผู้ป่วย	P	ทบทวนแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ยาHAD
3	ความผิดพลาดจากการจัดแจกยา - ลืมแจกยา - แจกยาผิดชนิด, ผิดขนาด - ให้ยาผิดคน - ผู้ป่วยแพ้ยา - ใ้ยาไม่ตรงตามเวลา	P	แนวทางการจัดแจกยา ลดขั้นตอนการคัดลอก
4	การเกิดแผลกดทับ	P	- กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
5	เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด	P	- กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดของผู้ป่วย

กิจกรรม/กระบวนการ 1.....

ปัจจัยเสี่ยง	ที่มาของความเสี่ยง	ความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น	โอกาสที่จะเกิด(1)	ผลกระทบ(2)	ระดับความเสี่ยง(1) x (2)	แนวทางการควบคุม