

คู่มือ
การบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ
อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

คำนำ

การรายงานอุบัติการณ์ถือเป็นหัวใจของระบบบริหารความเสี่ยง ระบบรายงานได้กำหนดให้ลงรายงานทาง intranet ของโรงพยาบาล โดยเข้าไปต่อที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง) ดังนั้นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจึงจัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงเพื่อเป็นแนวทางในการบริหารความเสี่ยงในทุกหน่วยงานภายในโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ทราบถึงแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเมื่อเกิดเหตุการณ์ การบริหารความเสี่ยง ประเภทความเสี่ยงต่าง ๆ และนำไปประยุกต์ใช้กับการวิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงาน เพื่อลดความสูญเสียที่อาจจะเกิดความเสี่ยง หากมีข้อเสนอแนะประการใด คณะผู้จัดทำยินดีที่จะนำมาพัฒนาปรับปรุงต่อไป

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ตุลาคม ๒๕๖๒

สารบัญ

	หน้า
วิสัยทัศน์โรงพยาบาล พันธกิจ เข้มมุ่ง	๑
บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	๑
ตัวชี้วัด ขอบเขต	๔
กระบวนการบริหารความเสี่ยง	๔
การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง	๘
แนวทางปฏิบัติ	๑๑
ช่องทางรายงานความเสี่ยง	๑๔
บัญชีความเสี่ยงโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ	๑๖
การวิเคราะห์โอกาสบกพร่องและผลกระทบ	๒๖
ภาคผนวก	
นโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร	๒๗
โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ	

คู่มือการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

วิสัยทัศน์โรงพยาบาล

เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายชั้นนำ ให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ บุคลากรมีความสุข

พันธกิจ

๑.ระบบบริการ ๕ สาขาหลักมีคุณภาพ อายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก กุมารเวชกรรม และสูตินรีเวชกรรม

๒.การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย

๓.เสริมสร้างขวัญกำลังใจบุคลากรให้มีสุขภาวะที่ดี

๔.พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ ทันต่อการเปลี่ยนแปลง

๕.พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง

เข็มมุ่ง

๑. พัฒนาระบบการบำบัดน้ำเสีย

๒. พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง ๒P Safety

๓. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน(Stroke, STEMI, Sepsis)

๔. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภค

๕. พัฒนาระบบความปลอดภัยด้านใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล RDU

๖. พัฒนาระบบการเงินการคลัง

ค่านิยม(Core Value)

คุณธรรม คุณภาพ คุ่มค่า

บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

๑. กำหนดแนวทาง แผนงาน และประเมินผลการพัฒนาระบบส่งเสริมความปลอดภัย และการบริหารความเสี่ยงของผู้รับบริการ และบุคลากรในสถานพยาบาล รวมถึงทรัพย์สินและชื่อเสียงของสถานพยาบาล

๒. สร้างวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่าและมีส่วนร่วมในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง

๓. ส่งเสริมให้ใช้แนวคิดเรื่องความปลอดภัยในงานประจำ

๔. ทบทวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้น

๕. สื่อสารบัญชีความเสี่ยงหรือผลการวิเคราะห์ แนวโน้มความเสี่ยง/อุบัติการณ์ให้กับทีม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๖. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

๗. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

รายชื่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

๑. พญ.สุรียธร จัดสนาม ผาตากแดด	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธานกรรมการ
๒. พญ.ศศิธร วงศ์อาจ	นายแพทย์ชำนาญการ	รองประธานกรรมการ
๓. ทตญ.ปรีชชัญญา ศรีชาย	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ

๔. นางดวงดาว วงศ์อาจ	จพง.การเงินและบัญชีชำนาญการ	
๕. นายโชคนิติพัฒน์ วิสุญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางปาริชาติ รัตนจันทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางสาวนีย์ นามเพ็ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางจิงกร สุตหลักทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางชุ่มเมือง จันทุม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๐.นางเบญญารัตน์ ยมรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๑.นางสาวทัศนีย์ น้าคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๒.นางสาวยุวรถ สิทธิการ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๓.นายนิติ พลสมบัติ	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	กรรมการ
๑๔.นายมาตุภูมิ กิตติสุนทรโรภาส	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	กรรมการ
๑๕.นายไพบุลย์ ดีพลางม	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๑๖.นางปริยานุช สาริกุล	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	กรรมการ
๑๗.นายอัฐวิวัฒน์ คลังมนตรี	จพง. รังสีการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๑๘.นายสีตระการ จันทุม	นายช่างเทคนิคชำนาญการ	กรรมการ
๑๙.นางสุภาพร ชดช้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๐.นางสาวกัญญารัตน์ พงษ์สุริยาฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๑.นางสาวสุทธาสิณี ลุนลาดชิด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๒.นายณัฐวุฒิ ลาวรรณ	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
๒๓.นางอัญชุลีพร นวะระภา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๔.นายประสิทธิ์ แก้วสวนจิก	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการกรรมการ	
๒๕.นางปุกนิภา คลังมนตรี	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ กรรมการ	
๒๖.นางสาวปณิตา ศรีทอง	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญการ	กรรมการ
๒๗.นางนวลปาง ชัชวาลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๒๘.นางนิรมล สังวร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๙.ภกญ.นันทภักดิ์ ตามบุญไกรสร	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

๑. เพื่อสร้างระบบบริหารความเสี่ยงที่สามารถปฏิบัติได้และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน อย่างมีประสิทธิภาพ
๒. ผู้ใช้บริการได้รับการบริการที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ
๓. บุคลากรมีความปลอดภัยและให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ
๔. เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดความสูญเสียต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ทรัพย์สินของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและโรงพยาบาลความเสี่ยงและความเสียหายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

รายชื่อคณะกรรมการประสานสัมพันธ์

๑. นพ.ชูชัย เต็มธนะกิจไพศาล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	ประธานที่ปรึกษา
๒. พญ.นิภากร อึ้งเจริญธนกิจ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการ
๓. พญ.สุริธร จัดสนาม ผาตากแดด	นายแพทย์ชำนาญการ	รองประธานกรรมการ
๔. นางสาวศศิธร วงศ์อาจ	นายแพทย์ชำนาญการ	รองประธานกรรมการ
๕. นางสาวสุภาวดี สมทรัพย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษกรรมการ		
๖. นางพิรณตรี ศรชัยเลิศสกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางเอมอร ทาระคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางศิริพันธ์ พัฒนวิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางสาวนาตยา อดกถัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๐.นางเยาวลักษณ์ คำวิไชย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		กรรมการ
๑๑.นางสะอาด คำสวาสดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๒.นางนวลปาง ชัชวาลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ-
๑๓.นางนิรมล สິงวร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
ประสิทธิ์ แก้วสวนจิก	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	โดยมีหน้าที่ ดังนี้

๑. รับเรื่องราวร้องทุกข์และปัญหาต่างๆจากหน่วยงาน
๒. แจ้งคณะกรรมการประสานสัมพันธ์
๓. ลงพื้นที่ตรวจสอบสถานการณ์ข้อเท็จจริงและเข้าช่วยเหลือทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ
๔. พิจารณาเหตุการณ์และประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในกรณีเกิดความเสียงระดับ G H I ขึ้นไป หรือเรื่องอื่นๆตามที่คณะกรรมการประสานสัมพันธ์เห็นสมควร
๕. เจรจาไกลเกลี่ยเพื่อป้องกันการฟ้องร้อง โดยตอบสนองต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม สื่อสารอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา ลดความตึงเครียดและขจัดความไม่เข้าใจที่เกิดขึ้น
๖. รายงานผู้อำนวยการให้ทราบว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาได้หรือไม่เพื่อดำเนินการต่อไป
๗. สรุปรวบรวมผลการดำเนินงานแก้ไขร้องเรียน

ตัวชี้วัด

๑. จำนวนการรายอุบัติการณ์
๒. ร้อยละของการรายงานอุบัติการณ์ Near Miss
๓. ร้อยละการรายงานอุบัติการณ์ ระดับ E-I ที่ได้รับการแก้ไข
๔. ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำในระดับ E-I
๕. จำนวน AE ที่ค้นพบจากการทบทวน Trigger tool
๖. ร้อยละของข้อร้องเรียนที่ได้รับการตอบสนองภายใน ๓๐ วัน

ขอบเขตการบริหารความเสี่ยง

๑. ผู้ป่วย
๒. บุคลากร
๓. องค์กร

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงคือการรับรู้และจำกัดความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น การบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Process) ประกอบด้วย

ก. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)

เราอาจค้นหาความเสี่ยงได้จากการศึกษาความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมา อาจเรียนรู้จากประสบการณ์หรือความผิดพลาดของคนอื่น เรียนรู้ระหว่างการทำงาน บัญชีรายการความเสี่ยง เวชระเบียน ระบบบันทึกที่มีอยู่แล้วเช่น บันทึกการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน รายงานการตรวจสอบเพื่อป้องกัน อัคคีภัย รายงานยาเสพติด รายงานด้านอาชีวอนามัย รายงานอุบัติการณ์ รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล บันทึกประจำวันของหน่วยงาน รายงานเวรตรวจการ รายงานของหน่วยรักษาความปลอดภัย วิธีการที่ซับซ้อนน้อยที่สุด คือการเฝ้าระวังและมีระบบรายงานเมื่อเกิดปัญหา เพื่อให้เกิดการประสานงานและการตอบสนองอย่างเหมาะสม

ข. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

การประเมินความเสี่ยงในช่วงก่อนเกิดเหตุ คือ การตอบคำถามว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากเพียงใด บ่อยเท่าใด จะก่อให้เกิดความสูญเสียเท่าใด และในสถานการณ์ใดที่มีโอกาสจะเกิดมาก การมีคำตอบเหล่านี้จะทำให้โรงพยาบาลสามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ทุ่มเทศความพยายามกับการป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสก่อให้เกิดความสูญเสียมหาศาลมากกว่าความเสี่ยงที่เกิดบ่อยแต่มีความสูญเสียน้อย

ระดับของโอกาสเกิดความเสี่ยง (Probability)

กลุ่มที่ ๑ เกิดไม่บ่อย ไม่รุนแรง

กลุ่มที่ ๒ เกิดบ่อย ไม่รุนแรง

กลุ่มที่ ๓ เกิดไม่บ่อย รุนแรง

กลุ่มที่ ๔ เกิดบ่อย รุนแรง

กลุ่มที่ ๒, ๓ และ ๔ เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญต้องค้นหาสาเหตุที่แท้จริง กำหนดแนวทางแก้ไขเร่งด่วน รวมทั้งต้องกำหนดแนวทางการรายงานและการทบทวนที่ชัดเจน ส่วนกลุ่มที่ ๑ อาจดำเนินการเพียงกำหนดวิธีปฏิบัติให้ชัดเจนก็อาจลดความเสี่ยงลงได้

ค. การจัดการกับความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

การจัดการกับความเสี่ยงอาจแบ่งออกได้เป็นสามลักษณะ คือ การเตรียมการก่อนเกิดเหตุ

การควบคุมความสูญเสียเมื่อเกิดเหตุ และการบริหารเงินชดเชยค่าเสียหาย

๑. การเตรียมการก่อนเกิดเหตุ อาจทำได้โดย

หลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) เช่น ไม่ทำผ่าตัดหากไม่มีวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล

ผ่องถ่ายความเสี่ยง (risk transfer) เช่น การจ้างเหมาให้บริการมาดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือที่ซับซ้อน การส่งตรวจพิเศษบางอย่างที่ทำไม่บ่อยไปยังห้องปฏิบัติการภายนอก

ป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) ทำได้โดยใช้อุปกรณ์ป้องกัน การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและมาตรฐานเกี่ยวกับเครื่องมือ การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่

แบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation) ได้แก่ การแบ่งแยกหรือจัดให้มีระบบสำรองสำหรับทรัพยากรที่ใช้ในการทำงาน

๒. การลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ (loss reduction) ได้แก่ การดูแลแก้ปัญหาโดยฉับพลันด้วยความเอาใจใส่ ให้ความอบอุ่นสะดวกสบาย ให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาภายใต้คำแนะนำของผู้รู้กฎหมาย การสื่อสารและความเข้าใจที่ดีต่อกันจะช่วยป้องกันปัญหาการฟ้องร้องได้ แม้จะเป็นเหตุการณ์ที่ดูเหมือนจะเล็กน้อย เช่น คำร้องเรียนของผู้ป่วย นั้นเป็นสัญญาณเตือนว่าจะต้องปรับปรุงการสื่อสารและสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย

๓. การบริหารเงินชดเชย เป็นหน้าที่ของผู้บริหารคือผู้รับผิดชอบเฉพาะที่จะดูแลให้มีการจ่ายเงินอย่างเหมาะสม และเป็นที่พอใจของผู้เสียหาย

ง. การประเมินผล (Risk Evaluation)

เป็นการนำเหตุการณ์และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของเกราะกำบังที่เลือกใช้ป้องกัน ซึ่งควรกระทำอย่างน้อยปีละครั้ง ประเด็นที่ควรทบทวนได้แก่

อัตราอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และเงินที่ต้องจ่ายเพื่อชดเชยความสูญเสียจำแนกตามลักษณะของความเสียหายและการจ่ายเงิน ควรเปรียบเทียบกับอัตราอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลในอดีต และเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยทั่วไปของประเทศ

กิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่ได้ดำเนินการไปในรอบปี รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

ประเมินความตระหนักและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ ภายใต้สมมติฐานว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนคือผู้จัดการความเสี่ยง

กลยุทธ์ในการค้นหาความเสี่ยง

ก. ระดับหน่วยงาน

๑) หน่วยงานทำการค้นหา รวบรวมความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นภายในหน่วยงาน โดยการ - -
ทบทวนกระบวนการหลักของงาน หาจุดที่อาจเกิดความเสี่ยง

- สํารวจสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน
- ทบทวนจากบันทึกรายงานเหตุการณ์ / อุบัติการณ์ / ข้อร้องเรียน
- ทบทวนเวชระเบียน
- ทบทวนตามแนวทาง ๑๒ กิจกรรม / ทบทวนการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง
- ค้นหาข้อมูลจากข่าวสาร สื่อต่าง ๆ
- ระดมสมองจากประสบการณ์ของบุคลากรในหน่วยงาน
- การตรวจสอบและการสอบเทียบตามมาตรฐานที่กำหนด
- การตรวจการณ์และการนิเทศ

๒) ทำบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน

- แยกหมวดหมู่ ตามความเหมาะสม
- จัดลำดับความสำคัญ risk Profile โดยคำนึงถึงระดับความรุนแรงของผลกระทบ ความถี่ของการเกิด

๓) วางแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญระดับต้น ๆ โดยการระดมสมอง

- วางแนวทางการจัดการเชิงระบบ
- วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Root Cause Analysis)
- ในกรณีที่คาดว่าไม่สามารถจัดการได้ภายในหน่วยงานให้นำเสนอต่อผู้บังคับบัญชาเพื่อนำไปหาแนวทางจัดการในระดับคณะกรรมการคุ้มครองสายงาน เช่น PCT ENV ICต่อไป

- นำข้อมูลมาสรุปจัดทำคู่มือสำหรับบุคลากรในหน่วยงาน ในการป้องกันและจัดการความเสี่ยง
- เผื่อระวังและติดตามการดำเนินงานโดยดูจากรายงานอุบัติการณ์ และเครื่องชี้วัดที่มีการเก็บ

ข้อมูล

- ทบทวนคู่มือ และมาตรการที่จัดทำไว้เป็นระยะ ๆ ตามความเหมาะสม และเมื่อเกิดความเสี่ยงที่มีระดับผลกระทบรุนแรง

ข. ระบบ / โปรแกรมที่เกี่ยวข้อง เช่น ความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยด้านคลินิก (PCT) สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ ข้อร้องเรียน (RM) งานป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและโภชนาการ (IC) งานเทคโนโลยีสารสนเทศ พัฒนาทรัพยากรบุคคล เป็นต้น

๑. ค้นหาและรวบรวมความเสี่ยง

- จากระบบรายงานที่มีอยู่
- จากข้อมูลข่าวสารสื่อต่าง ๆ
- จากการระดมสมอง ประสบการณ์ของคณะกรรมการ / ทีมงาน

๒. ทำบัญชีรายการความเสี่ยงของโปรแกรมที่รับผิดชอบ

- แยกหมวดหมู่ ตามความเหมาะสม
- จัดลำดับความสำคัญ โดยคำนึงถึงระดับความรุนแรงของผลกระทบ ความถี่ของการเกิด

๓. วางแนวทางการ / มาตรการในการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญระดับต้น ๆ และเผยแพร่ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและถือปฏิบัติ

ค. ระดับโรงพยาบาล

๑. ค้นหาและรวบรวมความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นทั้งหมดในโรงพยาบาล โดย

- ข้อมูลจากการรายงานของหน่วยงาน
- ข้อมูลจากการรายงานจากโปรแกรม / ระบบต่าง ๆ
- สัมภาษณ์ / สัมภาษณ์หน่วยงาน
- ค้นหาข้อมูลจากข่าวสาร สื่อต่าง ๆ
- การเรียกร้องค่าเสียหาย

๒. ทำบัญชีรายการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

- แยกหมวดหมู่ ตามความเหมาะสม
- จัดลำดับความสำคัญ โดยคำนึงถึงระดับความรุนแรงของผลกระทบ ความถี่ของการเกิด

๓. วางแนวทางการ / มาตรการการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ

- วางแนวทางการจัดการเชิงระบบ
- วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Root Cause Analysis)

ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk Register) เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การตอบสนอง ไปจนถึงการติดตามและทบทวน ทำให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต และทำให้เกิดการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

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

การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis)

เป็นกระบวนการในการทำความเข้าใจธรรมชาติ แหล่งที่มา และสาเหตุของความเสี่ยงที่จะช่วยให้เกิดการวิเคราะห์ถึงการประมาณการระดับความเสี่ยง (risk level) และผลกระทบที่จะเกิดจากความเสี่ยง เพื่อนำมาหาระดับความเสี่ยง และจัดลำดับความสำคัญของการจัดการในแต่ละความเสี่ยง

การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง

๑. การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลกระทบใช้ risk Matrix แบบ ๔x๔
๒. Likelihood (frequency) การวิเคราะห์โอกาสที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นอุบัติการณ์โดยการประมาณการ ต้องคำนึงถึงเงื่อนไข สถานการณ์หรือระยะเวลาที่จะทำให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงขึ้น ซึ่งการแบ่งระดับของโอกาสเกิดเหตุการณ์จะใช้ตัวเลขในการประมาณโอกาสเกิด คือ ระดับ ๑-๔

โอกาส	เกณฑ์เปรียบเทียบ	คะแนน
Frequency	พบทุกสัปดาห์/พบทุกเดือน	๔
probable	พบ ๒-๕ เดือน/ครั้ง	๓
Occasional	พบ ๖ เดือน/ครั้ง	๒
Remote	พบ ๑ ปี/ครั้ง	๑

๓. Consequence (Impact) การวิเคราะห์ผลกระทบ หรือความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่หากเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อไม่การบรรลุเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน หรือความสามารถในการดำเนินงานที่ลดลง โดยทั่วไปความรุนแรงของผลกระทบมักจะแบ่งออกเป็น ผลกระทบที่เป็นตัวเงิน และผลกระทบที่ไม่เป็นตัวเงิน

ผลกระทบ	ระดับความรุนแรง	ผลกระทบ(คะแนน)
High	A,B,๑	๑
Medium	C,D,๒	๒
Small	E,F,๓	๓
High	G,H,I,๔,๕, Sentinel event	๔

Risk Level ระดับความเสี่ยง การคำนวณระดับความเสี่ยงในช่องนี้ เกิดจากการนำระดับคะแนนใน Likelihood และ Consequence มาใช้บวก หรือคูณคะแนนทั้งสองเข้าด้วยกันเป็น Risk Level การจัดระดับความเสี่ยงนี้ไม่ได้จะใช้สำหรับเป็นมาตรการทางคณิตศาสตร์ที่แม่นยำของความเสี่ยง แต่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการจัดแบ่งลำดับความสำคัญของความรุนแรงทั้งหมด การสนับสนุนให้เกิดการควบคุมตามมาตรการจัดการความเสี่ยงที่แตกต่างกัน ใช้เพื่อเป็นแนวทางให้คณะกรรมการที่รับผิดชอบในการกำหนดระดับของความเสี่ยงนั้นได้มีการทบทวน และนำเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมากและมีโอกาส เกิดบ่อย มาวางแผนป้องกันเชิงระบบเป็นลำดับแรก จากนั้นจึงนำเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงน้อยมา วางแผน

ป้องกันในลำดับถัดไป โดยจะนำมาแบ่งออกเป็นสี่ตามระดับความเสี่ยง โดยการใช้ Risk Matrix ที่ เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่มีประโยชน์และนิยมใช้ในการประเมินความเสี่ยงเชิงคุณภาพ

ตัวอย่างตารางการวิเคราะห์

Severity	Likelihood			
	Frequency	probable	Occasional	Remote
High	๑๖	๑๒	๘	๔
Medium	๑๒	๙	๖	๓
Small	๘	๖	๔	๒
Insignificant	๔	๓	๒	๑

คำนิยามศัพท์

คุณภาพ คือ การตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานด้วยมาตรฐานวิชาชีพ
ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

การบริหารความเสี่ยงเป็นกิจกรรมซึ่งมีการดำเนินงานอยู่แล้วในหลายเรื่อง เช่น อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันอัคคีภัย การรักษาความปลอดภัย การรายงานอุบัติการณ์ การใช้เครื่องมือที่ปลอดภัย สิ่งเหล่านี้อาจเรียกว่าโปรแกรมที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง นอกจากนี้ยังมีการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานซึ่งเป็นกิจกรรมประจำวันของหัวหน้าหน่วยที่จะจัดการกับความเสี่ยงในขอบเขตอำนาจของตน และควรมีการประสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยงระหว่างการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานและโปรแกรมที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์สามารถจำแนกได้ ๗ ประการได้แก่

๑. การสูญเสียหรือความเสียหายที่เกิดกับผู้ป่วย และผู้ใช้บริการของโรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งในด้านกายภาพ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ
๒. การเสื่อมเสียชื่อเสียง ทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจจากชุมชน
๓. การสูญเสียรายได้ ทำให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนาและการดำเนินการ
๔. การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ของโรงพยาบาล ของผู้ป่วย/ญาติ ของเจ้าหน้าที่ หรือของบุคคลที่สามซึ่งทำธุรกิจในโรงพยาบาล
๕. การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ทำให้ขาดกำลังคนในการปฏิบัติงานหรือต้องลงทุนเพื่อทดแทน
๖. การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ ในบริเวณนั้น รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา
๗. ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย

ความเสี่ยงทางคลินิก หมายถึง เหตุการณ์หรือการดูแลรักษาที่อาจจะเกิดอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย

อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) หมายถึงอันตรายที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการรักษาและไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรค หรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเกิดความพิการตามมา ลักษณะสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การถูกทำร้ายหรือบาดเจ็บ เหตุร้าย ภัยอันตราย การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ความไม่แน่นอน การถูกเปิดเผย

ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical error) หมายถึง ความล้มเหลวของการดูแลรักษาที่วางแผนไว้ หรือการวางแผนการรักษาที่ไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

ความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการในด้านต่าง ๆ ดังนี้

๑. ความเสี่ยงด้านกายภาพ (physical risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้ป่วย เช่น การลื่นหกล้ม การตกเตียง การติดเชือก การตัดอวัยวะผิดหรือตัดส่วนที่ปกติของร่างกายออก การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น การทำร้ายร่างกาย

๒. ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (emotional risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายจิตใจ การทำให้้อายขายหน้า ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่มองไม่เห็นหรือพยากรณ์ไม่ได้ หรือความไม่เป็นส่วนตัว

๓. ความเสี่ยงด้านสังคม (social risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย เช่น การ expose ผู้ป่วยต่อหน้าผู้อื่น การรักษาความลับของผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เช่น กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาได้ หรือการที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล

๔. ความเสี่ยงทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเชื่อ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย ความกำกวม

บุคลากรทุกระดับทุกคน มีหน้าที่

๑. ทำความเข้าใจ และปฏิบัติตามคู่มือในการเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

๒. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก่ไขสถานการณ์/อุบัติการณ์เบื้องต้น

๓. บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไขความเสี่ยง อุตบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นและรายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับ

๔. รายงานความเสี่ยงเมื่อพบเห็น

แนวทางปฏิบัติ

๑. การบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

- จัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน (risk profile) โดยรวบรวมจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงจากกระบวนการทำงาน สถิติเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน คำร้องเรียนหรือข้อเสนอแนะจากผู้ใช้บริการ จากการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เป็นต้น
- วิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงานและจัดลำดับความสำคัญ แล้วนำมาวางแผนพัฒนาเพื่อควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นโดยใช้กลวิธีการเตรียมการก่อนเกิดเหตุ
- กรณีเกิดอุบัติการณ์ในหน่วยงาน ให้ผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงานหรือผู้ประสบเหตุการณ์ดำเนินการลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ (loss reduction) แล้วประเมินระดับความรุนแรงจากผลกระทบของเหตุการณ์ รายงานอุบัติการณ์ตามขั้นตอนการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- ประเมินผลการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน โดยนำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาจัดทำเป็นเครื่องชี้วัดเฝ้าระวังติดตามทุกเดือน และเฝ้าระวังความเสี่ยงใหม่ ๆ ที่จะเกิดขึ้น
- ประชุมพิเศษบุคลากรใหม่เรื่องการบริหารความเสี่ยง

๒. การบริหารความเสี่ยงระดับทีมนำทางคลินิก

- ดำเนินการทบทวน ๑๒ กิจกรรมทางคลินิกในระบบใหม่ แบบสหวิชาชีพ
- การจัดทำบัญชีความเสี่ยง (risk profile) ระดับ PCT
- การค้นหาและบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิก
- การใช้กระบวนการ RCA/FMEA ในการวิเคราะห์ปัญหาที่สำคัญ

๓. การบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

- จัดทำบัญชีความเสี่ยงของโรงพยาบาล (hospital profile) ให้หน่วยงานในโรงพยาบาล
- จัดให้มีโปรแกรมการลงรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ intranet ในโรงพยาบาล
- จัดให้มีตู้แสดงความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ จำนวน ๑๑ ตู้ เปิดตู้เมื่อพบข้อร้องเรียนทันที
- จัดให้มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ปีละ ๒ ครั้ง
- ผู้จัดการความเสี่ยงรวบรวมรายงานความเสี่ยงที่ได้รับรายงานจากหน่วยบริการ ผู้ป่วย ญาติ จากองค์กรภายนอก มาวิเคราะห์จัดทำเป็นภาพรวมระดับโรงพยาบาล นำเสนอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการแก้ไขป้องกัน

ประเภทความเสี่ยงในโรงพยาบาล แบ่งตามผลกระทบดังนี้

- ผู้ป่วย
- บุคลากร
- อื่นๆ ประกอบด้วยองค์กร ผู้รับบริการด้านอื่นๆ ชุมชน

การจัดระดับความรุนแรง

การจัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยง ดูจากผลกระทบของเหตุการณ์ โดยแบ่งเป็น

ผลกระทบด้านคลินิก แบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยงออกเป็น ๙ ระดับ จาก A – I ดังนี้

Near miss คือ เหตุการณ์เกือบสูญเสียหรือเกือบพลาด ได้แก่ ความเสี่ยงระดับ A , B, C, D

เกือบสูญเสียชีวิต เป็นความคลาดเคลื่อนที่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการแล้วแต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงหรือความพิการถาวรแต่หากเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ต่างออกไปอาจเป็นอันตรายรุนแรงได้หรือเป็นอุบัติการณ์เกิดขึ้นกับผู้รับบริการแล้วแต่ไม่เกิดอันตราย

เกือบพลาด เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นแล้ว แต่สามารถตรวจพบได้ก่อนที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอุบัติการณ์ที่มีความสำคัญเพราะอาจส่งผลให้เกิดอันตรายรุนแรง เช่น เป็นเหตุการณ์ที่เกิดจากยาที่มีความเสี่ยงสูง หรือหัตถการที่สำคัญ

Missed –serious events คือเหตุการณ์สำคัญหรือเหตุการณ์รุนแรง ได้แก่ ความเสี่ยงระดับ E, F

Missed –sentinel events คือเหตุการณ์พียงสังวร เป็นอุบัติการณ์ที่ไม่คาดคิดซึ่งนำไปสู่การตายหรือบาดเจ็บรุนแรงต่อร่างกายหรือจิตใจหรือความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าว ได้แก่ ความเสี่ยงระดับ G, H, I

ระดับ A: เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดอุบัติการณ์/ความคลาดเคลื่อน

ระดับ B: เกิดอุบัติการณ์/ความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย

ระดับ C:

- เกิดอุบัติการณ์/ความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย/บุคลากร แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วย/บุคลากรได้รับอันตราย
- กรณีอุปกรณ์เครื่องมือหยุดทำงานชั่วคราวและไม่มีชำรุด

ระดับ D:

- เกิดอุบัติการณ์/ความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย/บุคลากร ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
- เกิดอุบัติการณ์ที่อุปกรณ์/เครื่องมือทำให้มีการชำรุดใช้งานไม่ได้ แต่สามารถซ่อมได้โดยช่างในโรงพยาบาล และสามารถใช้งานได้

ระดับ E:

- เกิดอุบัติการณ์/ความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย/บุคลากร ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษา
- เกิดอุบัติการณ์ที่อุปกรณ์/เครื่องมือทำให้มีการชำรุดใช้งานไม่ได้ ต้องส่งซ่อมภายนอกโรงพยาบาล

ระดับ F:

- เกิดอุบัติการณ์/ความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย/บุคลากร ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนโรงพยาบาลนานหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น
- ไม่พึงพอใจแต่สามารถไกล่เกลี่ยได้ในหน่วยงาน
- เกิดอุบัติการณ์ที่อุปกรณ์/เครื่องมือทำให้มีการชำรุดใช้งานไม่ได้ ต้องจัดหาชิ้นใหม่ทดแทน/หรือเครื่องมือ
- อุปกรณ์ไม่เพียงพอ/สำรองมากกว่าอัตราการใช้
- เกิดอุบัติการณ์เข้าถึงข้อมูล/สารสนเทศที่สำคัญ/ลับ โดยผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ระดับ G:

- เกิดอุบัติเหตุ/ความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย/บุคลากร ส่งผลให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย/บุคลากร
- ผู้ป่วย/ญาติไม่พึงพอใจไม่สามารถไกล่เกลี่ยได้ในหน่วยงาน
- เกิดอุบัติเหตุที่อุปกรณ์/เครื่องมือสูญหายหรือเวชภัณฑ์
- พัสดที่จำเป็น/ยาช่วยชีวิตขาดสต็อก หรือเวชภัณฑ์/วัสดุหมดอายุในสต็อก
- เกิดอุบัติเหตุสิ่งแหวดล้อมเป็นอันตรายและรบกวน เช่น ช็อต ระเบิด หรือมีหนูแมลงสาบและแมลงวันในเขตกึ่งปราศจากเชื้อและเขตปราศจากเชื้อ

ระดับ H:

- เกิดอุบัติเหตุ/ความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย/บุคลากร ส่งผลให้ต้องทำการช่วยเหลือชีวิต
- เกิดอุบัติเหตุทำลายชื่อเสียงขององค์กรในรูปแบบต่างๆ
- ผู้ป่วย/ญาติไม่พอใจ ร้องเรียนภายในและภายนอก
- เกิดอุบัติเหตุลักขโมย หรือโจรกรรม
- เกิดอุบัติเหตุยานพาหนะของโรงพยาบาลประสบอุบัติเหตุ/ขัดข้องชำรุด ขณะใช้งาน

ระดับ I:

- เกิดอุบัติเหตุ/ความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย/บุคลากร ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต
- เกิดอุบัติเหตุอัคคีภัยในอาคารสถานที่ของโรงพยาบาล

ผลกระทบด้านระบบ แบ่งระดับความรุนแรงของความเสียหายออกเป็น ๕ ระดับ จาก ๑-๕ ดังนี้

ระดับ ๑ เกิดความผิดพลาดขึ้นแต่ไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย ๐ - ๑๐,๐๐๐ บาท)

ระดับ ๒ เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย ๑๐,๐๐๑ - ๕๐,๐๐๐ บาท)

ระดับ ๓ เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบ (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย ๕๐,๐๐๑ - ๒๕๐,๐๐๐ บาท)

ระดับ ๔ เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย ๒๕๐,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท)

ระดับ ๕ เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหายมากกว่า ๑๐ ล้านบาท)

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง (Sentinel events)

ในระบบบริการ (Non-Medical) ได้แก่

- อัคคีภัย
- เหตุระเบิด
- เหตุการณ์ใด ๆ ที่เสี่ยงต่อการเสื่อมเสียชื่อเสียงของบุคลากร/โรงพยาบาล

ในด้านการรักษาพยาบาล (Medical) ได้แก่

- การเสียชีวิตของผู้ป่วยโดยไม่คาดหมาย
- การเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยจนถึงขั้นทุพพลภาพถาวร
- เกิดความเสียหายร้ายแรงแก่ผู้ป่วย ได้แก่ ผ่าตัดผิดคน/ผิดอวัยวะ/ผิดที่ ส่งทหารกมิต

พ่อ-แม่ ลักพาทารก/ผู้ป่วย ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตาย

ประเภทความเสี่ยง

- ๑ ความเสี่ยงด้านคลินิก
- ๒. ความเสี่ยงด้านบุคลากร
- ๓. ความเสี่ยงด้านอื่นๆ

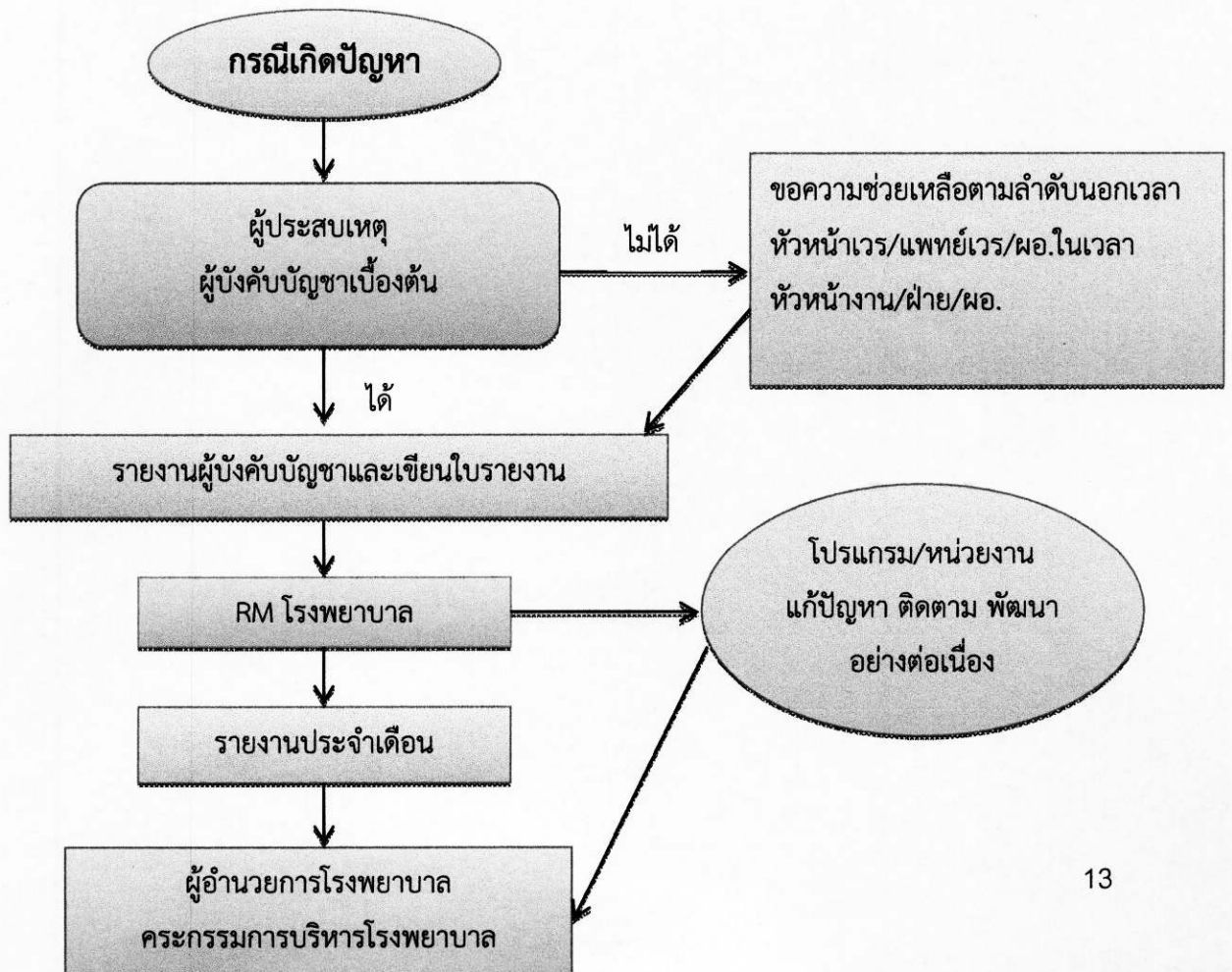
ขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงแต่ละระดับ

เหตุการณ์รุนแรงน้อย A-D ลงรายงานในโปรแกรม ภายในสิ้นเดือน หัวหน้าหน่วยงานดำเนินการแก้ไข พร้อมหาแนวทาง/มาตรการป้องกัน

เหตุการณ์รุนแรงปานกลาง E-F ลงรายงานในโปรแกรม ภายใน ๒๔ ชั่วโมง หัวหน้าหน่วยงานรายงานหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่ายฯ ประสานหน่วยงาน/โปรแกรมที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมแก้ไข และดำเนินการหา Root cause Analysis ส่งเลขฯ ตามเวลาที่กำหนด (ภายใน ๑๔ วัน)

เหตุการณ์รุนแรงมาก G-I ลงรายงานในโปรแกรมทันที หัวหน้าหน่วยงานรายงานทันทีต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้รักษาการณ์ เพื่อควบคุมสถานการณ์ ควรรายงานโปรแกรมที่เกี่ยวข้องทันที เพื่อร่วมแก้ไขปัญหา อาจขอความช่วยเหลือจากทีมประสานสัมพันธ์ ร่วมเจรจา/แก้ไขสถานการณ์เบื้องต้นและรายงานพร้อมใบรายงานส่งเลขฯ ภายในเวลาที่กำหนด (ไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง หรือหากเกิดเหตุการณ์ในวันหยุดควรส่งวันแรกของวันทำการ) และดำเนินการหา Root cause Analysis ส่งเลขฯ ตามเวลาที่กำหนด (ภายใน ๗ วัน)

ระยะเวลาในการประสานข้อมูล/ตอบกลับข้อมูลให้ยึดตามการรายงานความเสี่ยง
ช่องทางรายงานความเสี่ยง



ผู้อำนวยการโทร 089-2762645/043-532638

ทีมประสานสัมพันธ์

พญ.สุรีธร จัดสนาม ผาดากแดด โทร 085-0340707

พญ.ศศิธร วงศ์อาจ โทร 091-0569525

คุณสุภาวดี สมทรัพย์ โทร 081-8741666/043-581408

คุณนวลปาง ชัชวาล โทร 089-8413400/043-580786

คุณศิริรินทร์ พัฒนวิบูลย์ โทร 084-5177433

ระดับความรุนแรง A – D ลงรายงานความเสี่ยงในโปรแกรมภายในสิ้นเดือน

ความรุนแรงระดับ E – F ลงรายงานความเสี่ยงในโปรแกรมและแจ้งทีมเลขาคณะกรรมการความเสี่ยงภายใน 24 ชั่วโมง

ความรุนแรงระดับ G – I รายงานผู้อำนวยการและทีมเลขาคณะกรรมการความเสี่ยง ลงรายงานความเสี่ยงในโปรแกรมภายใน 8 ชั่วโมง

ลำดับ	Patient Safety
	S: Safe Surgery
๑	ผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดข้าง (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong body part)
๒	ผ่าตัดผิดคน (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong patient)
๓	ผ่าตัดผิดชนิด (Wrong surgical or other invasive procedure performed on a patient)
๔	Wrong implant/prosthetic
๕	บาดเจ็บอวัยวะข้างเคียงระหว่างผ่าตัด (Internal organ injury or Accidental puncture or laceration)
๖	Perioperative hemorrhage or hematoma
๗	ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัดที่ป้องกันได้
๘	ผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน
๙	ความคาดเคลื่อนของการส่งผลชิ้นเนื้อ หรือส่งตรวจอื่นในกระบวนการผ่าตัด
๑๐	Intraoperative or immediately postoperative/post procedure death in an ASA PS I patient
๑๑	SSI: Surgical Site Infection
๑๒	Postoperative Acute Kidney Injury Requiring Dialysis

๑๓	Postoperative Hip Fracture
๑๔	Postoperative Respiratory failure
๑๕	Postoperative Sepsis
๑๖	Postoperative Wound dehiscence
๑๗	ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ป้องกันได้
๑๘	เกิดภาวะ Venous Thromboembolism (VTE) หลังผ่าตัด
๑๙	เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึก
๒๐	ภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วย ASA PS I, II
๒๑	ใส่ท่อหายใจซ้ำภายใน ๒ ชั่วโมงหลังการถอดท่อหายใจ (re-intubation within ๒ hrs. after ex-tubation)
๒๒	สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดไม่ปลอดภัย
๒๓	ไฟฟ้าสำรองไม่ทำงานภายในระยะเวลาที่กำหนดเมื่อไฟดับระหว่างผ่าตัด
ลำดับ	Patient Safety
๒๔	เครื่องมือ-อุปกรณ์สำหรับผ่าตัดไม่พร้อมใช้งาน
๒๕	ภาวะแทรกซ้อนจากเครื่องมือ/ อุปกรณ์เกี่ยวกับการผ่าตัด
๒๖	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด
๒๗	การเลื่อนการผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนจากความไม่พร้อมหรือการประเมินไม่ครบถ้วน
๒๘	การมีอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างอื่นใดในร่างกายผู้ป่วย (Unintended retention of foreign object in a patient after surgery or other procedure)
๒๙	การปฏิบัติโดยไม่คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิผู้ป่วย
I: Infection Prevention and Control	
๓๐	ไม่ล้างมือ/ ล้างไม่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ของการทำความสะอาดมือ (๕ moments for hand hygiene)
๓๑	CAUTI: Catheter Associated Urinary Tract Infection
๓๒	VAP: Ventilator-Associated Pneumonia
๓๓	CLABSI: Central Line-Associated Bloodstream Infection
๓๔	การไม่ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อโรคในสถานพยาบาล Standard Precautions (ยกเว้นการล้างมือ)
๓๕	การเกิดระบาดโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า
๓๖	เกิดการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (Vaccine Preventable Disease) ภายในโรงพยาบาล
๓๗	เกิดการระบาดของโรคติดต่ออื่นๆ (Other Communication Disease) ภายในโรงพยาบาล
๓๘	การเกิดติดเชื้อมื้อยา
M: Medication & Blood Safety	

๓๙	แพ้ยาซ้ำ
๔๐	ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตาม Guideline ของการใช้ High Alert Drug
๔๑	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการได้รับยาความเสี่ยงสูง
๔๒	Miss selection of a strong potassium containing solution
๔๓	แพ้ยา (ยกเว้น แพ้ยาซ้ำ)/ ADE: Adverse Drug Events ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป
๔๔	ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตาม Guideline ของการใช้ Fatal Drug
๔๕	ผู้ป่วยได้รับยาที่มีคูยาปฏิกิริยารุนแรง
๔๖	Medication error : Prescribing
๔๗	Medication error : Transcribing
ลำดับ	Patient Safety
๔๘	Medication error : Pre-dispensing
๔๙	Medication error : Dispensing
๕๐	Medication error : Administration
๕๑	ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Look-Alike Sound-Alike Medication Names
๕๒	ผู้ป่วยได้รับยา ในกลุ่ม Look-Alike Sound-Alike Medication Names
๕๓	ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน หรือ Guideline ของการใช้ยา ยกเว้น HAD, Fatal drug, Look-Alike Sound-Alike, Antibiotics
๕๔	ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Medication Reconciliation
๕๕	ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมต่อเนื่องจากไม่ได้ทำ Medication Reconciliation
๕๖	ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อนจากไม่ได้ทำ Medication Reconciliation
๕๗	ผู้ป่วยได้รับยาที่มีปฏิกริยากันโดยไม่ได้ทำ Medication Reconciliation
๕๘	ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Rational Drug Use
๕๙	การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก
๖๐	การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
๖๑	การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (ยกเว้นยาปฏิชีวนะ)
๖๒	การให้เลือดผิด (Incorrect blood component transfused, IBCT หรือ Wrong blood transfused)
๖๓	การมีปฏิกิริยาจากการได้รับเลือด (Transfusion reaction)
๖๔	การไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด (Specific requirements not met, SRNM) ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับส่วนประกอบของเลือดที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนด
๖๕	การให้เลือดที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate transfusion)
๖๖	เกิดความผิดพลาดในการนำส่งและจัดเก็บส่วนประกอบของเลือด (Handling and storage errors, HSE)
๖๗	กระบวนการปฏิบัติงาน/ ขั้นตอนการดำเนินงานในการให้เลือดผู้ป่วยคลาดเคลื่อนจาก

	ข้อกำหนด (Right blood right patient, RBRP)
	P: Patient Care Process
๖๘	Patient Identification
๖๙	การรายงานอาการ หรือสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่เหมาะสม/ ไม่ครบถ้วน
๗๐	การสื่อสารเพื่อการส่งตรวจหรือการรักษาทางรังสีวิทยาผิดพลาด/ ไม่ครบถ้วน
๗๑	การสื่อสารเพื่อการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด/ ไม่ครบถ้วน
ลำดับ	Patient Safety
๗๒	การสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดพลาด เช่น ไม่สื่อสาร/ สื่อสารผิด/ สื่อสารไม่ครบถ้วน/ สื่อสารล่าช้า
๗๓	ไม่รายงาน Critical Test Results หรือรายงานล่าช้า
๗๔	เกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลซึ่งมีสาเหตุมาจาก Verbal or Telephone Order/ Communication
๗๕	เกิดความผิดพลาดจากการใช้สื่อในกระบวนการรักษาพยาบาล เช่น ใช้คำย่อ/ ชื่อย่อ/ สัญลักษณ์ที่ไม่เป็นสากล
๗๖	Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ G,H,I
๗๗	(Access & Entry) ผู้ป่วยเข้าถึงหรือได้รับบริการ ผิด/ ล่าช้าไปจากเกณฑ์ หรือโรคที่เป็น
๗๘	(Patient Assessment) ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน/ ประเมินผิด/ ประเมินไม่ครบถ้วน ตามเกณฑ์ อาการหรือการดำเนินโรค
๗๙	(Planning of Care) ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนดูแล/ วางแผนไม่ครอบคลุม หรือวางแผน ผิดไปจากพยาธิสภาพ/ สภาวะของโรค
๘๐	(Discharge Planning) ผู้ป่วยกลุ่มโรคจำเป็นไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย/ วางแผนไม่ ครอบคลุม ตามเกณฑ์ หรือประเด็น
๘๑	(Patient Care Delivery) ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ครอบคลุม/ ไม่เชื่อมโยง/ ไม่สอดคล้อง ตามเกณฑ์ อาการ หรือโรค
๘๒	(Patient Care Delivery) ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ครอบคลุม/ ไม่เชื่อมโยง/ ไม่สอดคล้อง ตามเกณฑ์ อาการ หรือโรค
๘๓	(Information and Empowerment) ผู้ป่วย/ ครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลเพื่อเสริมพลัง หรือ ได้รับไม่ชัดเจน/ ไม่ต่อเนื่อง/ ไม่เหมาะสม กับการรับรู้หรือมีส่วนร่วม
๘๔	(Information and Empowerment) ข้อมูลการวินิจฉัย/ การดูแลรักษาของผู้ป่วยไม่ได้รับการบันทึกหรือได้รับการบันทึกไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน ไม่เชื่อมโยงต่อเนื่อง
๘๕	(Continuity of Care) ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง/ ไม่เชื่อมโยง/ ไม่สอดคล้อง กับ บริบทและสภาวะของโรค
๘๖	ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการพยาบาลซึ่งป้องกันได้ (ยกเว้น เกิดผลกดทับ, ตกเตียง)
๘๗	ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย

๘๘	ผู้ป่วยถูกฉีกพาดหัว สลับ หรือสูญหาย
๘๙	เกิดแผลกดทับ
๙๐	ตกเตียง
๙๑	ผู้ป่วยไม่ได้รับ หรือได้รับการบรรเทาอาการปวดไม่เหมาะสมกับสภาพอาการ
ลำดับ	Patient Safety
๙๒	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการจัดการความปวด
๙๓	ผู้ป่วย Acute Pain ไม่ได้รับ หรือได้รับการบรรเทาอาการปวดไม่เหมาะสม
๙๔	Chronic Non-Cancer Patients ได้รับการสั่งใช้ Opioids ไม่เหมาะสม
๙๕	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ opioids ในการระงับปวด เรื้อรังที่มีไข้รุนแรง
๙๖	Management for Cancer Pain and Palliative Care ไม่เหมาะสม
๙๗	ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อเพื่อการรักษา ไม่ได้รับการส่งต่อหรือส่งต่อได้ในเวลาไม่ เหมาะสม
๙๘	มีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ระหว่างส่งต่อ
	L: Line, Tube & Catheter and Laboratory
๙๙	ท่อ เลื่อนหลุดเกิด re-intubation
๑๐๐	Miss-connect, Dis-connect
๑๐๑	ความคลาดเคลื่อนการให้สารน้ำจากการใช้ Infusion pump
๑๐๒	ตรวจวิเคราะห์ Lab ผิดพลาด (เช่น ลำช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ)
๑๐๓	สิ่งส่งตรวจ ผิดชนิด/ ผิด container/ ไม่ตรงกับใบส่งตรวจ/ ไม่เพียงพอหรือมีสภาพไม่ พร้อมตรวจ/ ไม่ครบ
๑๐๔	เตรียมตรวจ/ ตรวจทางรังสีผิดพลาด (เช่น ผิดประเภท/ ผิดคำสั่ง/ ผิดตำแหน่ง/ ผิดข้าง/ ผิดเทคนิคการตรวจ)
	E: Emergency Response
๑๐๕	Un-planned Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)
๑๐๖	Sepsis with death
๑๐๗	ผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome ไม่ได้รับการตรวจรักษาในเวลา golden period
๑๐๘	Acute Ischemic Stroke ที่ให้การรักษาล่าช้าเกิน golden period
๑๐๙	เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)
๑๑๐	PPH with Complicate
๑๑๑	มารดาเสียชีวิตจากการคลอด
๑๑๒	ทารกเสียชีวิตจากการคลอด
๑๑๓	ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่ป้องกันได้เกิดขึ้นกับมารดา
๑๑๔	ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่ป้องกันได้เกิดขึ้นกับทารก (Birth injury)
๑๑๕	Severe Birth Asphyxia

๑๑๖	ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้รับการตรวจรักษาภายในระยะเวลา ๓๐ นาที
๑๑๗	Under triage
ลำดับ	Patient Safety
๑๑๘	Over triage
๑๑๙	ผู้ป่วยไม่รอตรวจ ไม่ฟังพอใจ ร้องเรียน
๑๒๐	Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วย Fast Track
๑๒๑	ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินระหว่างรอการตรวจรักษา
๑๒๒	Missed Diagnosis
๑๒๓	Un-planned ICU ในผู้ป่วยฉุกเฉิน/ ผู้ป่วยวิกฤต
๑๒๔	ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาในห้องฉุกเฉินนานมากกว่า ๒ ชั่วโมงก่อน Admit หรือนานมากกว่า ๔ ชั่วโมงก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน
๑๒๕	เกิดอุบัติเหตุหมู่ที่ให้ความช่วยเหลือได้ไม่ทันเวลา
๑๒๖	เกิด disaster หรือภาวะฉุกเฉินที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่ ER

ลำดับ	Personnel Safety
-------	-------------------------

	S: Social Media and Communication
๑	เกิดอุบัติเหตุการรั่วไหลของข้อมูลที่ไม่มั่นคงปลอดภัยสารสนเทศและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสารสนเทศที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล
๒	บุคลากรถูกเผยแพร่ข้อมูลที่ปรากฏ identifier เช่น ชื่อนามสกุล เลข ๑๓ หลักภาพใบหน้า โดยไม่ขออนุญาตต่อสื่อสาธารณะหรือสื่อออนไลน์
๓	บุคลากรเป็นผู้เผยแพร่ข้อมูลผู้ป่วยที่ปรากฏ identifier เช่น ชื่อนามสกุล เลข ๑๓ หลัก ภาพใบหน้า โดยไม่ขออนุญาตต่อสื่อสาธารณะหรือสื่อออนไลน์
๔	บุคลากรใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อบุคลากรหรือองค์กร
	I: Infection and Exposure
๕	บุคลากรถูกวัสดุอุปกรณ์มีคมทิ่มตำ
๖	บุคลากรสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งบริเวณเยื่อหรือผิวหนังที่มีแผล (mucous membrane and non-intact skin exposure to blood and body fluid)
๗	บุคลากรไม่ได้รับการสร้างภูมิคุ้มกันโรคก่อนสัมผัส (pre-exposure prophylaxis, active immunization) ที่เหมาะสมตามลำดับความสำคัญและหน้าที่
๘	บุคลากรไม่ได้รับการป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัสเชื้อที่อาจก่อโรคได้จากการปฏิบัติงาน (post-exposure prophylaxis, passive immunization)
๙	บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ทางอากาศ (airborne transmission) จากการปฏิบัติงานได้แก่ วัณโรค หัด และอีสุกอีใส
๑๐	บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ผ่านละอองฝอย (droplet transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น ไข้หวัดใหญ่ หัดเยอรมัน ฯลฯ
๑๑	บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ทางการสัมผัส (contact transmission) จากการปฏิบัติงานเช่น เอชไอวี ตับอักเสบบี ตับอักเสบบี ฯลฯ
๑๒	บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ผ่านพาหะ (vector borne transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น ไข้เลือดออก ชิเกา ฯลฯ
	M: Mental Health and Mediation
๑๓	เจ้าหน้าที่ทะเลาะกันในขณะปฏิบัติงาน
๑๔	เจ้าหน้าที่ถูกคุกคามทางจิตใจ
๑๕	เจ้าหน้าที่มีภาวะเป็น second victim
๑๖	เจ้าหน้าที่มีภาวะเครียดจากการทำงาน
๑๗	เจ้าหน้าที่ถูกร้องเรียน ถูกฟ้องร้อง
ลำดับ	P: Process of work
๑๘	บุคลากรปฏิบัติงานโดยมีภาระงานที่มากเกินไปเกินเกณฑ์มาตรฐาน (work load)

๑๙	บุคลากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือรับการแพร่กระจายเชื้อ ไม่ได้รับการป้องกันหรือดูแลที่เหมาะสม
๒๐	บุคลากรประสบอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน (ยกเว้น อุบัติเหตุอุปกรณ์ มีคมที่มืดตา)
๒๑	องค์กรเกิดภาวะที่คุกคามบุคลากรด้านกายภาพ ได้แก่ เสียงดัง (noise) แสงสว่าง (light) ความร้อน (heat)
๒๒	บุคลากรไม่ได้รับ/ ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ หรือใช้ไม่ถูกต้องในการป้องกันและคุ้มครองความปลอดภัยทางกายภาพ
๒๓	บุคลากรเกิดโรคจากการทำงาน ซึ่งมีสาเหตุจาก Physical Hazard
๒๔	องค์กรมีภาวะความปลอดภัยจากสารเคมีและวัตถุอันตราย
๒๕	บุคลากรไม่ได้รับ/ ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ หรือใช้ไม่ถูกต้องในการป้องกันและคุ้มครองความปลอดภัยทางเคมี
๒๖	องค์กรเกิดความไม่ปลอดภัยจากรังสีในที่ทำงาน เช่น เกิดการรั่วไหลของรังสี
๒๗	บุคลากรไม่ได้รับ/ ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ หรือใช้ไม่ถูกต้องในการป้องกันและคุ้มครองความปลอดภัยทางรังสี
๒๘	บุคลากรเกิดโรคจากการทำงาน ซึ่งมีสาเหตุจาก Radiation Hazard
๒๙	บุคลากรมีการทำงานในท่าทางหรือลักษณะอันอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพด้านโครงร่างของกระดูกและกล้ามเนื้อ
๓๐	บุคลากรไม่ได้รับคำแนะนำ/ อุปกรณ์ในการปรับ การทำงานเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพด้านโครงร่างของกระดูกและกล้ามเนื้อ
๓๑	บุคลากรเกิดโรคจากการทำงานเกี่ยวกับโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งมีสาเหตุจาก Biomechanical Hazard
๓๒	บุคลากรไม่ได้ตรวจสุขภาพก่อนการรับเข้าทำงาน
๓๓	บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งมีโปรแกรมการตรวจไม่ครบถ้วนเหมาะสม ตรงตามลักษณะงาน
๓๔	บุคลากรที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อต่างๆ มาทำงานโดยไม่ป้องกันและควบคุม
L: Lane (Traffic) and Legal Issues	
๓๕	อุปกรณ์บนรถพยาบาลไม่พร้อมใช้ ไม่เหมาะสมและไม่ปลอดภัยสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย
๓๖	บุคลากรที่เกิดอุบัติเหตุจากการคมนาคมหรือการเดินทางโดยระบบขนส่งสาธารณะระหว่างการปฏิบัติงาน
๓๗	บุคลากรเสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่ระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยด้วยรถพยาบาล
๓๘	เกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาลระหว่างปฏิบัติหน้าที่
ลำดับ	Personnel Safety
๓๙	พนักงานขับรถมีสภาพไม่พร้อมสมบูรณ์สำหรับการขับรถพยาบาล เช่น พักผ่อนน้อย อายุมาก ตีมีสุรา
๔๐	พนักงานขับรถไม่ปฏิบัติตามแนวทางความปลอดภัยของรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และรถพยาบาล เช่น ขับรถเร็วเกินกว่ากำหนด

๔๑	บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ
๔๒	บุคลากรให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนแก่ผู้ป่วยและญาติ
๔๓	บุคลากรบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง
๔๔	บุคลากรแก้ไขข้อมูลในเวชระเบียนโดยไม่ถูกต้องตามแนวทางและข้อกำหนดตามกฎหมาย
E: Environment and Working Conditions	
๔๕	อันตรายจากโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเชิงกายภาพ เช่น แสง เสียง ฝุ่นละออง มีเชื้อรา เป็นต้น
๔๖	ห้องแยกโรค/ Isolation room มีการระบายอากาศไม่เหมาะสม และ/ หรือ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน
๔๗	บุคลากรได้รับผลกระทบ Psychosocial factors จากผู้บังคับบัญชา หรือเพื่อนร่วมงาน
๔๘	บุคลากรไม่มี work-life balance
๔๙	บรรยากาศในการทำงานและสภาวะแวดล้อมไม่เหมาะสม
๕๐	บุคลากรได้ทำงานในตำแหน่งที่ไม่มีความชำนาญ และไม่มีการเตรียมความพร้อม
๕๑	เกิดปัญหาด้านการจัดการสภาพแวดล้อมในการให้บริการ เช่น ไม่มีป้ายให้คำแนะนำ/ บอกรหัส, ไม่มีทางหนีไฟหรือมีแต่ไม่พร้อมใช้/ มีสิ่งกีดขวาง, ลิฟท์ขัดข้อง มีคนติดในลิฟท์ หรือ ลิฟท์ไม่พร้อมใช้งาน/ ชำรุด/ ติดค้าง เป็นต้น
๕๒	เกิดปัญหาด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน เช่น ระบบน้ำอุปโภค-บริโภคไม่เพียงพอ/ ไม่พร้อมใช้, ระบบไฟฟ้าไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้/ ดับ/ ช็อต/ กระพริบ, การบำบัดน้ำเสีย/ กำจัดขยะ ไม่ถูกวิธี/ ไม่ได้มาตรฐาน
๕๓	เกิดปัญหาความไม่ปลอดภัย/ ขาดการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามนโยบายความปลอดภัย เช่น ทรัพย์สินสูญหาย/ ถูกลักขโมย เป็นต้น
๕๔	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางวาจาจากบุคคลภายใน
๕๕	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางกายจากบุคคลภายใน
๕๖	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางวาจาจากผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลภายนอก
๕๗	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางกายจากผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลภายนอก
๕๘	เกิดกรณีความไม่สงบในสถานพยาบาล เช่น เมาส์ร่าอาละวาด

การวิเคราะห์โอกาสบกพร่องและผลกระทบ (Failure modes and effects analysis: FMEA)

FMEA เป็นกลวิธีที่ใช้ในการวิเคราะห์กระบวนการ การออกแบบระบบและการปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจากต้นไปสู่ปลายจัดเป็นเครื่องมือหลักในการวางแผนคุณภาพและปรับปรุงกระบวนการ จัดเป็นการบริหารความเสี่ยงเชิงรุก (proactive risk management) โดยมีแนวทางการวิเคราะห์ที่ชัดเจน (structured analytical methodology) การวิเคราะห์โอกาสบกพร่องและผลกระทบมักใช้ในขั้นตอนการวิเคราะห์ก่อนที่จะนำลงสู่การปฏิบัติจริง FMEA มีประโยชน์มากในการประเมินคุณค่าของกระบวนการใหม่

ๆ ก่อนนำลงสู่การปฏิบัติและในการประเมินผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงกระบวนการเดิม การวิเคราะห์โอกาสบกพร่องและผลกระทบ โดยรวมแล้วประกอบด้วย ๘-๑๐ ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ ๑ เลือกกระบวนการที่จะประเมิน ควรระบุขอบเขตให้ชัดเจน รวมทั้งคำนิยาม (หากมี) ของกระบวนการ หรือผลลัพธ์ที่ต้องการ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน สำหรับเงื่อนไขหรือสถานการณ์ของระบบที่เกี่ยวข้องอาจระบุไว้เพื่อความเข้าใจตรงกันก็ได้

ขั้นที่ ๒ คัดเลือกทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

ขั้นที่ ๓ ลำดับขั้นตอนที่สำคัญของกระบวนการ

ขั้นที่ ๔ ระบุโอกาสบกพร่องและสาเหตุ

ขั้นที่ ๕ ระบุผลกระทบที่สำคัญของโอกาสฯ

ขั้นที่ ๖ แต่ละโอกาสบกพร่องให้จัดลำดับเป็นคะแนน โดยพิจารณาโอกาสเกิด โอกาสตรวจพบและความรุนแรงจากระบบควบคุมที่มีอยู่

ขั้นที่ ๗ ผลคูณคะแนนความเสี่ยง จัดลำดับ

ขั้นที่ ๘ การวางแผนปรับปรุง

ภาคผนวก

นโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ Patient and Personnel safety (๒P Safety)

โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ มุ่งมั่นในการบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีผลต่อผู้ป่วยและบุคลากร สาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการขับเคลื่อนของกระทรวงสาธารณสุข เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรก่อนบุคลากรสาธารณสุข Patient and Personnel safety (๒P Safety) เพื่อให้การบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีผลต่อผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุขมีความชัดเจน โรงพยาบาลสุพรรณภูมิจึงกำหนดนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลสุพรรณภูมิดังนี้

๑. โรงพยาบาลสุพรรณภูมิมุ่งให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และบุคลากรสาธารณสุข ที่มารับบริการและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ Patient and Personnel safety (๒P Safety)

๒. โรงพยาบาลสุพรรณภูมิได้นำระบบ National incidents Reporting and Learning System มาใช้ในการรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยง โดยการสื่อสารข้อมูล แนวทางปฏิบัติ เพื่อสามารถแลกเปลี่ยนในระดับประเทศและนานาชาติ

๓. บุคลากรโรงพยาบาลสุพรรณภูมิมีหน้าที่ค้นหา ประเมินความรุนแรง รวมถึงการจัดการความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

๔. บุคลากรโรงพยาบาลสุพรรณภูมิมีหน้าที่รายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS on Cloud ถือเป็นหน้าที่สำคัญและเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุง แก้ไข ป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

๕. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง มีหน้าที่ให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะและแนวทางปฏิบัติแก่หน่วยงานในโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีผลต่อผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

๖. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง มีหน้าที่กำกับและดูแลระบบบริหารความเสี่ยง ให้เป็นไปตามนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข