

คู่มือ การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

โรงพยาบาลบางพลี

นโยบาย

๑. พัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรเพื่อตอบสนองและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยง
๒. ค้นหา ฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงทุกประเภท เน้นนโยบายเชิงรุก
๓. มีระบบการรายงานความเสี่ยงที่ชัดเจน
๔. มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงในทุกหน่วยงาน รวมทั้งวิเคราะห์และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ โดยใช้ Risk Metrix
๕. ร่วมกันสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร โดยให้ถือว่าผู้รายงานไม่มีความผิด
๖. มีช่องทางรับรายงานความเสี่ยงและข้อร้องเรียนจากผู้รับ / ผู้ให้บริการ/ ภาคีเครือข่ายภายนอกองค์กร
๗. มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ สะท้อนสถานการณ์ความเสี่ยง

เป้าหมาย

๑. เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ประชาชน และสิ่งแวดล้อม
๒. มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
๑. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการค้นหาและส่งรายงานความเสี่ยง	๑๐๐%
๒. อัตราการเกิดความเสี่ยง ระดับ Near miss : miss	เพิ่มขึ้น
๓. ร้อยละความเสี่ยง/ อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข	๑๐๐%
๔. ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วย ประเภท Clinic ระดับ E-F- G-H-I	< ๓๐%
๕. ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วย ประเภท Non Clinic ระดับ ๓-๔	< ๓๐%
๖. ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วย ประเภท Clinic ระดับ E-F- G-H-I ที่ได้รับการทำ RCA	> ๘๐%
๗. ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วย ประเภท Non Clinic ระดับ ๓-๔ ที่ได้รับการทำ RCA	> ๘๐%
๘. ร้อยละตัวชี้วัด SIMPLE ที่ผ่านเกณฑ์	> ๘๐%

บทบาทหน้าที่

๑. บทบาทหน้าที่ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- ๑.๑ เป็นที่ปรึกษาการวางระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- ๑.๒ พิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีที่มีความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์สำคัญเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล
- ๑.๓ รับทราบรายงาน การประเมินผล และการตอบสนองการบริหารความเสี่ยง

๒. บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

- ๒.๑ ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน
- ๒.๒ สนับสนุนกระบวนการจัดการ และทรัพยากรเพื่อแก้ไขความเสี่ยง
- ๒.๓ บริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ปัญหาความเสี่ยงที่ซับซ้อน ที่หน่วยงาน หรือทีมคร่อมไม่สามารถแก้ไขได้
- ๒.๔ ติดตามประเมินผลการจัดการความเสี่ยง

๓. บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

- ๓.๑ กำหนดนโยบายและแผนดำเนินงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
- ๓.๒ จัดทำคู่มือ แนวทางในการบริหารความเสี่ยง และสื่อสารให้บุคลากรทราบ
- ๓.๓ รวบรวมความเสี่ยง อุตบัติการณ์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
- ๓.๔ ประสานระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อป้องกัน และควบคุมความเสี่ยง
- ๓.๕ รวบรวม วิเคราะห์ ทบทวนอุบัติการณ์ เพื่อหาแนวทางปรับปรุงและวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงในโรงพยาบาล
- ๓.๖ สื่อสารนโยบาย ระเบียบปฏิบัติที่ได้จากการทบทวน เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ
- ๓.๗ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่างๆ
- ๓.๘ สรุปรายงานและประเมินผลผลความเสี่ยง แจ้งทุกหน่วยงานและทีมทุกทีม
- ๓.๙ จัดทำรายงานความเสี่ยงเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุก ๑ เดือน

๔. บทบาทหน้าที่ของหัวหน้างานและผู้รับผิดชอบความเสี่ยงในหน่วยงาน

- ๔.๑ วางระบบการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน ค้นหา วิเคราะห์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน จัดทำมาตรการการป้องกันและจัดการที่ชัดเจนในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ
- ๔.๒ ประเมินผล ติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยง และปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
- ๔.๓ สื่อสารให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีความเข้าใจในประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรม ความปลอดภัยอยู่ในกิจกรรมปกติประจำวัน

๔.๔ ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง การดักจับความเสี่ยง การแก้ไขปัญหา การหาสาเหตุรากเหง้า สาเหตุเชิงระบบ แนวทางป้องกันป้องกันและลดความสูญเสียที่วางไว้

๕ บทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบโปรแกรม หรือระบบที่เกี่ยวข้อง

มีหน้าที่ในการรายงานเหตุการณ์ / อุบัติการณ์ หรือความเสี่ยง และประเมินประสิทธิภาพของการ บริหารความเสี่ยงใน ทีมไปยังผู้จัดการความเสี่ยง ดังนี้

- ๕.๑ ทีมดูแลผู้ป่วย (CLT) : มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษา และสิทธิผู้ป่วยซึ่งเป็นความเสี่ยงทางคลินิก
- ๕.๒ ทีมพัฒนาระบบยา (PTC) : มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา และปัญหาเกี่ยวกับยา
- ๕.๓ ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) : มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับการติดเชื้อในโรงพยาบาล การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่
- ๕.๔ ทีมบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัย การฝึกซ้อมป้องกันอัคคีภัย การเกิดอัคคีภัย การตรวจคุณภาพน้ำทิ้ง การจัดการขยะ การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ การจัดหา เก็บรักษา แจกจ่าย ซ่อมบำรุง และจำหน่าย เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ
- ๕.๖ ทีมเทคโนโลยีสารสนเทศ (IM) มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุม ป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับเวชระเบียน การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทั้งในเชิง ปริมาณ และคุณภาพ การจัดการความรู้ การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ และระบบฐานข้อมูล ต่างๆ
- ๕.๗ ทีมรับเรื่องร้องเรียนและเจรจาไกล่เกลี่ย มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับด้านเรื่องร้องเรียน ผลการจัดการปัญหาข้อร้องเรียน
- ๕.๘ ทีมบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (HRD) มีหน้าที่ค้นหา รายงานความเสี่ยงและวางระบบควบคุมป้องกันความเสี่ยงด้านพฤติกรรมบริการ และสมรรถนะบุคลากร

๖ บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทุกระดับ

- ๖.๑ ทำความเข้าใจแนวทาง ปฏิบัติตามคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- ๖.๒ เป็นผู้จัดการความเสี่ยง และแก้ไขสถานการณ์เบื้องต้น
- ๖.๓ บันทึกอุบัติการณ์ การแก้ไข และรายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด
- ๖.๔ ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

คานิยามศัพท์

๑. ความเสี่ยง (Risk)

หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้รับบริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ การทำลายสิ่งแวดล้อม ภาวะในการชดใช้ค่าเสียหาย

๒. การบริหารความเสี่ยง (Risk management)

หมายถึง การจัดการในเรื่องการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผล รวมทั้งการดำเนินการเพื่อป้องกันความเสี่ยงและการจัดการเมื่อเกิดปัญหา

๓. อุบัติการณ์ (Incident)

หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว

๔. บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)

หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้รับผิดชอบ / หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้นโดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีตและหน่วยงานอื่นๆ ตลอดจนการทบทวนต่างๆ การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากกระบวนการทำงานและการสำรวจภายในหน่วยงานของตนเอง เพื่อหาประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวังทั้งในระดับหน่วยงาน ทีมคร่อมสายงานและระดับโรงพยาบาล

๕. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event)

หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งเกิดจากการรักษาและไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการรักษานานขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรือเกิดความพิการตามมา ลักษณะของสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การบาดเจ็บ เหตุร้าย ภัยอันตราย การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ความไม่แน่นอน การถูกเปิดเผย เป็นต้น

๖. เหตุการณ์พึงสังวรณ์ (Sentinel Event) (เหตุการณ์รุนแรงแจ้งด่วน)

หมายถึง เหตุการณ์สำคัญรุนแรงและไม่พึงประสงค์ เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดหมายที่อาจเกิดขึ้นได้ มีผลต่อชีวิต ร่างกาย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะของผู้ป่วย ทรัพย์สินหรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ตามที่โรงพยาบาลกำหนด ๑๐ รายการ

๗. การวิเคราะห์สาเหตุราก (Root Cause Analysis)

หมายถึง การวิเคราะห์เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของอุบัติเหตุหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถพัฒนาแนวทางแก้ไขป้องกันได้อย่างเหมาะสมและตรงกับสาเหตุที่แท้จริง โดยมีวิธีการที่หลากหลายที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์

๘. การรายงานอุบัติเหตุ (Incident Report)

หมายถึง แบบฟอร์มที่ใช้ในการรายงานความเสี่ยงที่ได้กำหนดขึ้นสำหรับโรงพยาบาล ประกอบด้วย ส่วนของข้อมูลและตัวช่วยในการประเมิน ซึ่งเป็นช่องทางหนึ่งในการรายงานความเสี่ยง

ประเภทความเสี่ยง

๑. ความเสี่ยงทั่วไป (Non Clinic Risk)

๒. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

๒.๑ ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk)

๒.๒ ความเสี่ยงเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk)

๑. ความเสี่ยงทั่วไป (Non Clinic Risk)

ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม อัคคีภัย เครื่องมือ ข้อมือยาง เป็นต้น

๒. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

๒.๑ ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk)

เหตุการณ์หรือการดูแลรักษาที่อาจเกิดอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยทั่วไปรายใดก็ได้ไม่จำเพาะโรค

๒.๒ ความเสี่ยงเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk)

ความเสี่ยงใดๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและอาจเกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือเสียชีวิตโดยระบุเจาะจงโรคและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับโรคนั้นๆ

ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทางคลินิก (Clinic) แบ่งเป็น ๕ ระดับ คือ A - E

ระดับ	ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ	ผลกระทบ	ความหมาย
A	Near Miss	เหตุการณ์ที่มีโอกาสผิดพลาด	เสี่ยงแต่ยังไม่เกิด
B	Near Miss	ความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วยและ/หรือบุคลากร	เกิดแต่ยังไม่ถึง
C	Miss	ความผิดพลาดเกิดขึ้นถึงตัวผู้ป่วยแต่ไม่ถึงอันตราย	ถึงแต่ไม่เป็นไร
D	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ	ต้องเฝ้าระวังไว้
E	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและเกิดอันตรายชั่วคราวแก่ผู้ป่วยและต้องให้การรักษาเพิ่มมากขึ้น	ต้องให้การรักษา

F	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น	ต้องเสียเวลานาน
G	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร	ต้องพิการถาวร
H	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยชีวิต	ต้องช่วยชีวิต
I	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต	เสียชีวิต

ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไป (Non Clinic) ระดับความรุนแรง

ความเสี่ยงทั่วไป แบ่งเป็น ๔ ระดับ

ระดับความรุนแรง	ผลกระทบ
๑. เกือบพลาด (Near Miss)	ยังไม่เกิดความผิดพลาด แต่มีแนวโน้มหรือโอกาสที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้
๒. รุนแรงน้อย (Low Risk)	มีความผิดพลาดเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตราย เกิดความเสียหายเล็กน้อย มูลค่าความเสียหายน้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท
๓. รุนแรงปานกลาง (Moderate Risk)	มีความผิดพลาดเกิดขึ้น เกิดอันตรายหรือความเสียหายต่อผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/อุปกรณ์เครื่องมือ มูลค่าความเสียหายมากกว่า ๑๐,๐๐๐ - ๕๐,๐๐๐ บาท
๔. รุนแรงสูง (High Risk)	มีความผิดพลาดเกิดขึ้น เกิดอันตรายหรือความเสียหาย มีโอกาสถูกร้องเรียน/ฟ้องร้อง มูลค่าความเสียหายมากกว่า ๕๐,๐๐๐ บาท

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง

ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน คือ

๑. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) มีขั้นตอน ดังนี้
 - ๑.๑ การค้นหาจากอดีต เช่น ศึกษาความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา เรียนรู้จากประสบการณ์ หรือความผิดพลาดของคนอื่น ทบทวนข้อร้องเรียน
 - ๑.๒ การศึกษาจากการสำรวจสภาพการณ์ในปัจจุบัน มี ๒ ประเภท คือ
 - ๑.๒.๑ การค้นหาเชิงรุกจากการตรวจสอบ เช่น ENV Round, IC Round, Risk Round, การทบทวนเวชระเบียน การค้นหาจากกระบวนการทำงาน โดยใช้ Trigger tools
 - ๑.๒.๒ การค้นหาเชิงรับจากรายงานต่างๆ เช่น รายงานอุบัติการณ์ รายงานเวรตรวจการ บันทึกประจำวันของหน่วยงาน เป็นต้น
 - ๑.๓ การจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk Profile)
 - ๑.๔ การจัดบัญชีความเสี่ยงเข้าโปรแกรมความเสี่ยง เพื่อแยกเป็นหมวดหมู่ สะดวกในการวิเคราะห์แก้ไข ปรับปรุง โดยใช้ Risk Matrix เป็นเครื่องมือ
๒. การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment)
 - ๒.๑ ประเภทของความเสี่ยง
 - ๒.๑.๑ ความเสี่ยงทางคลินิก หมายถึง ความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลรักษาซึ่งส่งผลต่อสภาพร่างกาย หรืออันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ ได้แก่ ความปลอดภัยจากการใช้ยา การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ กระบวนการดูแลผู้ป่วย
 - ๒.๑.๒ ความเสี่ยงทั่วไป หมายถึง ความเสี่ยงที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการรักษาพยาบาล แต่เกิดจากปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลทำให้เกิดความเสียหาย ได้แก่
 - ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัย และความปลอดภัย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับอาคาร สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก อุบัติการณ์เกี่ยวกับผลที่เกิดจากการปฏิบัติงานที่มีต่อสุขภาพของบุคลากร ความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน อุบัติการณ์เกี่ยวกับเครื่องมือ อุปกรณ์ ที่ใช้ในการดูแลรักษา
 - ความเสี่ยงด้านข้อร้องเรียน และสิทธิผู้ป่วย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การตัดสินใจรับ หรือไม่รับการรักษา อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนด้านต่างๆ เช่น พฤติกรรมบริการ
 - ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและเวชระเบียน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ความไม่พร้อมใช้ของคอมพิวเตอร์ โปรแกรมการสื่อสารบันทึก การ จัดเก็บข้อมูล และเกี่ยวกับข้อมูลสถิติต่างๆ อุบัติการณ์เกี่ยวกับเอกสารประวัติของผู้ป่วย เช่น การบันทึก การจัดเก็บ การค้นหา การระบุตัวผู้ป่วย การบันทึกสิทธิการรักษา การบันทึกค่า

รักษาพยาบาล การบันทึกที่แสดงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสื่อสารของสหวิชาชีพ

- ด้านการสนับสนุนบริการ หมายถึง การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกจากงานสนับสนุน วัตถุประสงค์เกี่ยวกับการสูญเสียรายได้ ทรัพย์สินของทางราชการต่างๆ

๒.๒ การแบ่งระดับความรุนแรง

๒.๒.๑ ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทางคลินิก แบ่งเป็น ๙ ระดับ

ระดับ A : ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้ หรือ ถ้าไม่ทำให้ ความสนใจก็อาจมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น

ระดับ B : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตราย หรือ ไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ เนื่องจากอุบัติการณ์นั้นไม่ถึงตัวผู้ป่วย

ระดับ C : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตราย หรือเกิด ไม่เกิดความเสียหาย แม้ อุตบัติการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นถึงตัวผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่

ระดับ D : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตราย หรือเกิด ไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ แต่จำเป็นต้องได้รับการติดตามดูแลและเฝ้าระวังเพิ่มเติม

ระดับ E : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตราย หรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ เพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา และแก้ไขเพิ่มเติม

ระดับ F : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นถึง และเป็นอันตราย หรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ เพียงชั่วคราว รวมถึงต้องได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล หรือยืดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป

ระดับ G : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นถึง และเป็นอันตราย หรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ ต้องส่งต่อ หรือเกิดความพิการอย่างถาวร

ระดับ H : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นถึง และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ จนเกือบถึงแก่ชีวิต ต้องช่วยชีวิต

ระดับ I : มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นถึง และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ จนถึงแก่ชีวิต

๒.๒.๒ ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทั่วไป มี ๔ ระดับ คือ

ระดับ ๑ : Near Miss เป็นเรื่องปกติ อาจก่อวิน หรือสร้างความรำคาญ ยังไม่เกิดความเสียหาย หรือมีโอกาสสูญเสียทรัพย์สินแต่ยังไม่สูญเสีย

ระดับ ๒ : Low Risk ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (<๑๐,๐๐๐ บาท) แต่สามารถแก้ไขปัญหาได้ หรือผู้ป่วยไม่พอใจ แจ้งเจ้าหน้าที่

ระดับ ๓ : Moderate Risk ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (๑๐,๐๐๐ – ๕๐,๐๐๐ บาท) ซึ่งสามารถแก้ไขได้ แต่ต้องสูญเสียบางอย่างไป หรือผู้ป่วยไม่พอใจต้องให้โรงพยาบาลรับผิดชอบโดยแจ้งหัวหน้างาน หรือผู้อำนวยการโดยตรง

ระดับ ๔ : High Risk ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (> ๕๐,๐๐๐ บาท) หรือเสียชีวิตต่อโรงพยาบาลอย่างรุนแรง ไม่สามารถแก้ไขได้ หรือผู้ป่วยไม่พอใจอย่างมาก ต้องให้โรงพยาบาลรับผิดชอบโดยฟ้องร้องผ่านองค์กรภายนอก

๓. จัดการความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

๓.๑ กลยุทธ์การควบคุมการสูญเสีย

๓.๑.๑ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น การส่งต่อ

๓.๑.๒ การป้องกันความเสี่ยง เช่น จ้างเหมาบริษัทเพื่อดูแลเครื่องมือทางการแพทย์ และห้องปฏิบัติการ

๓.๑.๓ การป้องกันความเสี่ยง เช่น ใส่ของมีคมในกล่องที่หนา การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน เช่น การตรวจสอบเครื่องมือ การสอบเทียบเครื่องมือต่างๆ มีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา การตรวจอุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน การให้ความรู้เจ้าหน้าที่

๓.๑.๔ มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้แก่ ทุกหน่วยงานมีระบบการรายงานความเสี่ยงหลายช่องทาง สะดวก มีการสื่อสารย้อนกลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ไม่เกี่ยวข้อง

๓.๒ การจัดการหลังเกิดเหตุ

๓.๒.๑ ลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ เป็นการดูแลแก้ปัญหาฉับพลัน โดยการเอาใจใส่ ให้ข้อมูลตรงไปตรงมา ภายใต้คำแนะนำ การสื่อสาร ความเข้าใจที่ดีต่อกัน ประคับประคองจิตใจ ช่วยเหลือกำลังใจทั้งผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ รายงานผู้บริหารสูงสุดและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ติดตามประเมินผล

๓.๒.๒ การบริหารเงินค่าชดเชยกรณีต้องชดเชยค่าเสียหาย ทีมควบคุมค่าเสียหาย/ใกล้เคียง จะเป็นผู้สรุปข้อมูลปัญหา นำเสนอต่อผู้บริหารสูงสุด และทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาล ร่วมกันพิจารณา

๓.๒.๓ การรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยง (Incident Report)

การรายงานความเสี่ยงทางคลินิกระดับ A-B, หรือความเสี่ยงทั่วไประดับ ๑ (Near Miss)

๑) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ประณามสถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แจ้งหัวหน้าเวร/หัวหน้าหน่วยงานรับทราบ เพื่อหาแนวทางป้องกันแก้ไขโดยหัวหน้างาน เป็นความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

๒) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์บันทึกใบรายงานอุบัติการณ์

- ๓) ทีมผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน แก้ไขในระบบ NRLS ทีมบริหาร ความเสี่ยงภายใน ๑ เดือน

การรายงานความเสี่ยงทางคลินิกระดับ C-D หรือความเสี่ยงทั่วไประดับ ๒ (Low Risk)

- ๑) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ประณีสถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แจ้งหัวหน้าเวร/หัวหน้า หน่วยงานรับทราบ เพื่อหาแนวทางป้องกันแก้ไขโดยหัวหน้างาน เป็นความเสี่ยงระดับ หน่วยงาน
- ๒) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์บันทึกในรายงานอุบัติการณ์ NRLS
- ๓) ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน แก้ปัญหาในระบบทีมบริหาร ความเสี่ยง ภายใน ๑ สัปดาห์

การรายงานความเสี่ยงทางคลินิกระดับ E- F, หรือความเสี่ยงทั่วไประดับ ๓ (Moderate Risk)

- ๑) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ประณีสถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้น จากนั้น แจ้งหัวหน้าเวร/หัวหน้าหน่วยงานรับทราบภายใน ๒๔ ชั่วโมง
- ๒) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์บันทึกในรายงานอุบัติการณ์ในระบบ NRLS
- ๓) ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน แก้ปัญหาในระบบทีมบริหารความเสี่ยงภายใน ๗๒ ชั่วโมง (๓ วัน)
- ๔) ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน ลงในระบบรายงาน NRLSทีมบริหาร ความเสี่ยงทุก เดือน/ ในที่ประชุม คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ประจำเดือน

การรายงานความเสี่ยงทางคลินิกระดับ G H I, หรือความเสี่ยงทั่วไประดับ ๔ (High Risk) และ sentinel event (เหตุการณ์พึงสังวรณ์)

- ๑) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ประณีสถานการณ์ / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แก้ไขเหตุการณ์ เบื้องต้น จากนั้นแจ้งหัวหน้าเวร/หัวหน้าหน่วยงานรับทราบทันที
- ๒) กรณีในเวลาราชการ หัวหน้าหน่วยงานรายงานผู้อำนวยการ/ผู้จัดการความเสี่ยง โปรแกรมที่ เกี่ยวข้องทันที
- ๓) กรณีนอกเวลาราชการ หัวหน้าเวรรายงานผู้อำนวยการทันที แล้วเวรผู้อำนวยการ รายงาน ผู้อำนวยการทันที
- ๔) ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์บันทึกในรายงานอุบัติการณ์ในระบบ NRLS หัวหน้าหน่วยงาน แก้ปัญหาใน ระบบ NRLS ทีมบริหารความเสี่ยงภายใน ๒๔ ชั่วโมง
- ๕) ผู้รับผิดชอบ RM ในหน่วยงานสรุปอุบัติการณ์ประจำเดือน ทำ RCA ส่งทีมทีมบริหารความเสี่ยง ทุก เดือน

ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ

- ๑) รายงานหัวหน้างานและทีมบริหารความเสี่ยง ประสานทีมดำเนินการใกล้เคียง /ลดความ เสี่ยง/ สอบสวนและแจ้งหัวหน้างาน กรณีรุนแรง ผู้อำนวยการทราบภายใน ๒๔ ชม.
- ๒) ทีมบริหารความเสี่ยงประเมินและติดตามผลการดำเนินการแก้ไข สรุปผลหลังเกิดเหตุการณ์ รายงานต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภายใน ๑ สัปดาห์

๓.๒.๔ การจำแนกความเสี่ยงและการจัดการ

ทีม	PCT/CLT : การดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
ทีม	PTC : ความคลาดเคลื่อนทางยา
ทีม	IC : การควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อ
ทีม	ENV : อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์
ทีม	IM : เทคโนโลยีและสารสนเทศ

ทีม HRD : บุคลากร การสนับสนุนบริการ และประสานงาน

ทีมเจรจาไกล่เกลี่ย : ข้อร้องเรียนและสิทธิผู้ป่วย-งาน

ประกันสุขภาพ

๓.๒.๕ เรื่องที่ต้องประสานกับหน่วยงานอื่น / เรื่องที่ต้องวิเคราะห์ RCA

- ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ E ขึ้นไป / ความเสี่ยงทั่วไประดับ ๓ ขึ้นไป
- ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ C, D / ความเสี่ยงทั่วไประดับ ๒ ที่เกิดขึ้นซ้ำมากกว่า ๓ ครั้ง/เดือน

๓.๒.๖ การสรุปข้อมูลอุบัติการณ์/ความเสี่ยง

- ทีมบริหารความเสี่ยงสรุปข้อมูลทุกเดือน เสนอที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และสรุปข้อมูลรวมทุก ๓ เดือน
- ส่งกลับให้ทุกหน่วยงานรับทราบเพื่อนำไปวิเคราะห์ในหน่วยงาน หาแนวทางแก้ไขป้องกันต่อไปเรื่องที่ต้องวิเคราะห์ RCA ส่งข้อมูลกลับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลภายใน ๓๐ วัน

๔. ประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ นำไปสู่การปรับปรุงระบบให้ดีขึ้น

๔.๑ ประเมินระบบ/กระบวนการที่วางไว้ / ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่

๔.๒ ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง

- การเขียนรายงานอุบัติการณ์และการส่งใบรายงานตามระยะเวลาที่กำหนด
- จำนวน / ประเภท ของความเสี่ยง, อุบัติการณ์
- อัตราของความเสี่ยง / อุบัติการณ์ตามกลุ่มประเภทความเสี่ยง, ความรุนแรง
- ระดับความรุนแรง
- อัตราการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

๓ P Safety Goals : SIMPLE

SIMPLE คืออักษรย่อของหมวดหมู่สำหรับ Patient Safety Goals ซึ่งในปี ๒๐๒๓ เพิ่มเป็น ๓ P คือ People

- S = Safe Surgery
 I = Infection Control
 M = Medication and Blood Safety
 P = Patient Care Process
 L = Line, Tube, Catheter
 E = Emergency Response

SIMPLE	จุดเน้นในแต่ละปี	เป้าหมาย
S:Safe surgery		
I = Infection Control	อัตราการติดเชื้อจากคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI)	๕:๑๐๐๐วันคาสาย
	อัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล :การติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด	๐
M:Medication	M๑: Safe from ADE HAD	
	IPD : HAD - อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มเสี่ยงสูง(ผู้ป่วยใน)ระดับความรุนแรง E-I	<๐.๑ /๑๐๐๐ วันนอน
	OPD : HAD - อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มเสี่ยงสูง(ผู้ป่วยนอก)ระดับความรุนแรง E-I	<๐.๑/๑๐๐๐ ใบสั่งยา
	M๒:Safe from medication error	
	IPD : LASA - อัตราความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา LASA (ผู้ป่วยใน)ทุกระดับความรุนแรง	≤ ๑:๑,๐๐๐ วันนอน
	OPD : LASA - อัตราความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา LASA (ผู้ป่วยนอก) ทุกระดับความรุนแรง	≤ ๑:๑,๐๐๐ ใบสั่งยา

SIMPLE	จุดเน้นในแต่ละปี	เป้าหมาย
P:Patient care process	P๑:Identification	
	: จำนวนครั้งของการรักษาผิดคน (ระดับ C ขึ้น)	๐ ครั้ง
	P๒:Communication	
	P๒.๑:Effective communication-SBAR	
	: ร้อยละความสมบูรณ์ของการใช้ SBAR	≥ ๘๐%
L : line tube catheter	L๑:Avoiding catheter and tubing miss-connections	
	- จำนวนการเลื่อนหลุดของ ET tube, cut down, ICD	๐ ครั้ง
E:Emergency	E๑:Response to the Deteriorating Patient	
	- จำนวนอุบัติการณ์ที่ตอบสนองต่อการช่วยเหลือฉุกเฉินที่ไม่ทันเวลา	๐ ครั้ง
	E๒:Sepsis	
	-อุบัติการณ์เสียชีวิตจาก Septic Shock	๐ ครั้ง
	E๓:Acute coronary syndrome	
	ร้อยละของการได้รับ SK ภายใน ๓๐ นาที	๘๐%
	E๔:Maternal & Neonatal morbidity	
	- อัตราการเกิด hypovolemic shock จาก PPH	<๐.๓%
	- BA	<๒๕:๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ

Patient Safety Goals		Personnel Safety Goals	
S	Safe Surgery and Invasive Procedures	S	Security and privacy of information and Social Media (communication)
I	Infection and Prevention Control	I	Infection and Exposure
M	Medication & Blood Safety	M	Mental Health and Mediation
P	Patient Care Processes	P	Process of work
L	Line, Tube & Catheter, Device and Laboratory	L	Lane (ambulance), Legal Issues regulation (medical legal)
E	Emergency Response	E	Environment & Working conditions

ประกาศเป้าหมายความปลอดภัยของประเทศเพื่อผู้ให้และผู้รับบริการ

Sentinel event เหตุร้ายที่ต้องรายงานให้ผู้บริหารรับทราบทันทีตามความเหมาะสม

๑. อัคคีภัย
๒. อุบัติเหตุ-อุบัติภัยหมู่
๓. ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด
๔. การระบาด และการแพร่กระจายโรคระบาด
๕. มารดาคลอดเสียชีวิต / ทารกตายคลอด
๖. สถานการณ์ความไม่สงบในโรงพยาบาล
๗. ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล
๘. เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล (Social Media :ออกสื่อ)และ ก่อให้เกิดการฟ้องร้อง
๙. การบาดเจ็บหรือเกิดความเสียหายที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ
๑๐. สาธารณภัยที่ต้องรายงานปลัดกระทรวงทันที

แนวทางรับข้อร้องเรียน

กรณีเข้าเกณฑ์และเงื่อนไขที่ควรส่งเข้ากระบวนการรับข้อร้องเรียนได้แก่

๑. ความเสี่ยงทางคลินิก ได้แก่

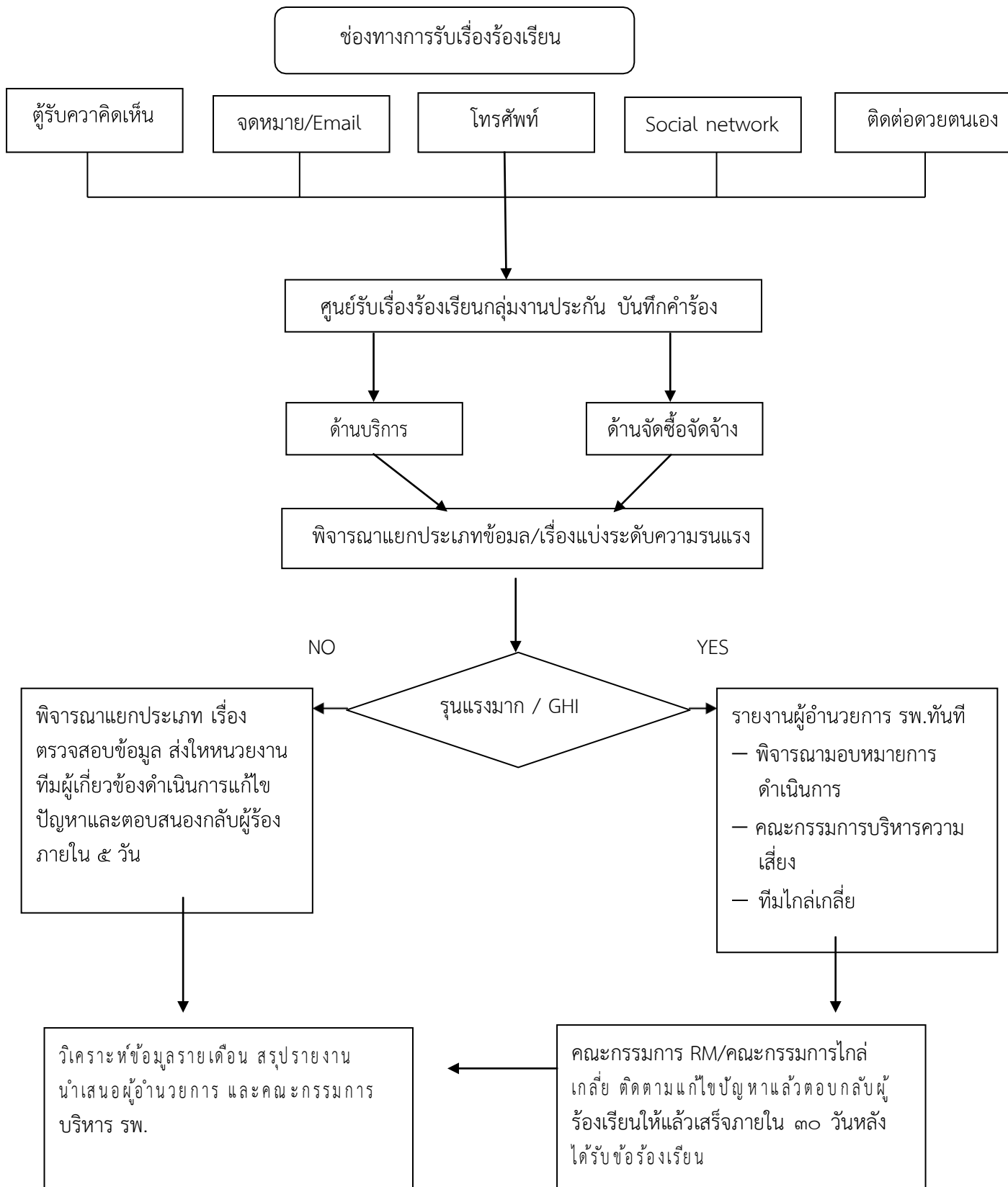
- ระดับความรุนแรง G H I เพื่อพิจารณาว่า เสี่ยงต่อการเกิดข้อร้องเรียนหรือไม่

๒. ความเสี่ยงที่ไม่ใช่ความเสี่ยงทางคลินิก ได้แก่

- เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการให้บริการ / หรือผิดวินัยของข้าราชการ
- ความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อรายได้ ทรัพย์สิน และทรัพยากรของโรงพยาบาล ในระดับ มาก
- ความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล

Flow chart กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์

กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการโรงพยาบาลบางพลี



โปรแกรมความเสี่ยง แบ่งเป็นทั้งหมด ๘ โปรแกรม ดังต่อไปนี้

๑. ความเสี่ยงด้านการรักษาพยาบาล
 - a. โปรแกรมย่อยที่ ๑.๑ ความเสี่ยงทั่วไปทางคลินิก (common clinical risk)
 - b. โปรแกรมย่อยที่ ๑.๒ ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (specific clinical risk)
๒. ความเสี่ยงด้านระบบยา
๓. ความเสี่ยงเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล
๔. ความเสี่ยงด้านข้อมูลและสารสนเทศ
๕. ความเสี่ยงด้านบุคลากร
๖. ด้านสิ่งแวดล้อม / โครงสร้างกายภาพ / ความปลอดภัย
๗. ความเสี่ยงด้านระบบเครื่องมือและอุปกรณ์
๘. ความเสี่ยงด้านข้อร้องเรียน เสียชื่อเสียง

ผู้รับผิดชอบประสานทีมคร่อมและหน่วยงานตามโปรแกรมความเสี่ยงแต่ละด้าน

โปรแกรมที่ ๑ ความเสี่ยงทางด้านการรักษาพยาบาล (clinical risk)

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางจรรยา ชูสุวรรณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โปรแกรมที่ ๒ ความเสี่ยงด้านระบบยา

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางสาวศศิษา จันทร์สุวรรณ เภสัชกรปฏิบัติการ

โปรแกรมที่ ๓ ความเสี่ยงเรื่องการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางสาวจรรยา จันทร์เรือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โปรแกรมที่ ๔ ความเสี่ยงด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ

ผู้รับผิดชอบ ๑. นายธนภัทร ปัตถามัย งานเทคโนโลยี สารสนเทศ

โปรแกรมที่ ๕ ความเสี่ยงด้านบุคลากร

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางสาวรัชณี สีใส

โปรแกรมที่ ๖ ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม / โครงสร้างกายภาพ/ความปลอดภัย

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางสาวอริสรา พงษ์เกษม

โปรแกรมที่ ๗ ความเสี่ยงด้านระบบเครื่องมือและอุปกรณ์

ผู้รับผิดชอบ ๑. นายสมศักดิ์ มามี

โปรแกรมที่ ๘ ความเสี่ยงด้านสุขภาพบุคลากร

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางสาวน้ำเพชร มาตาชนก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

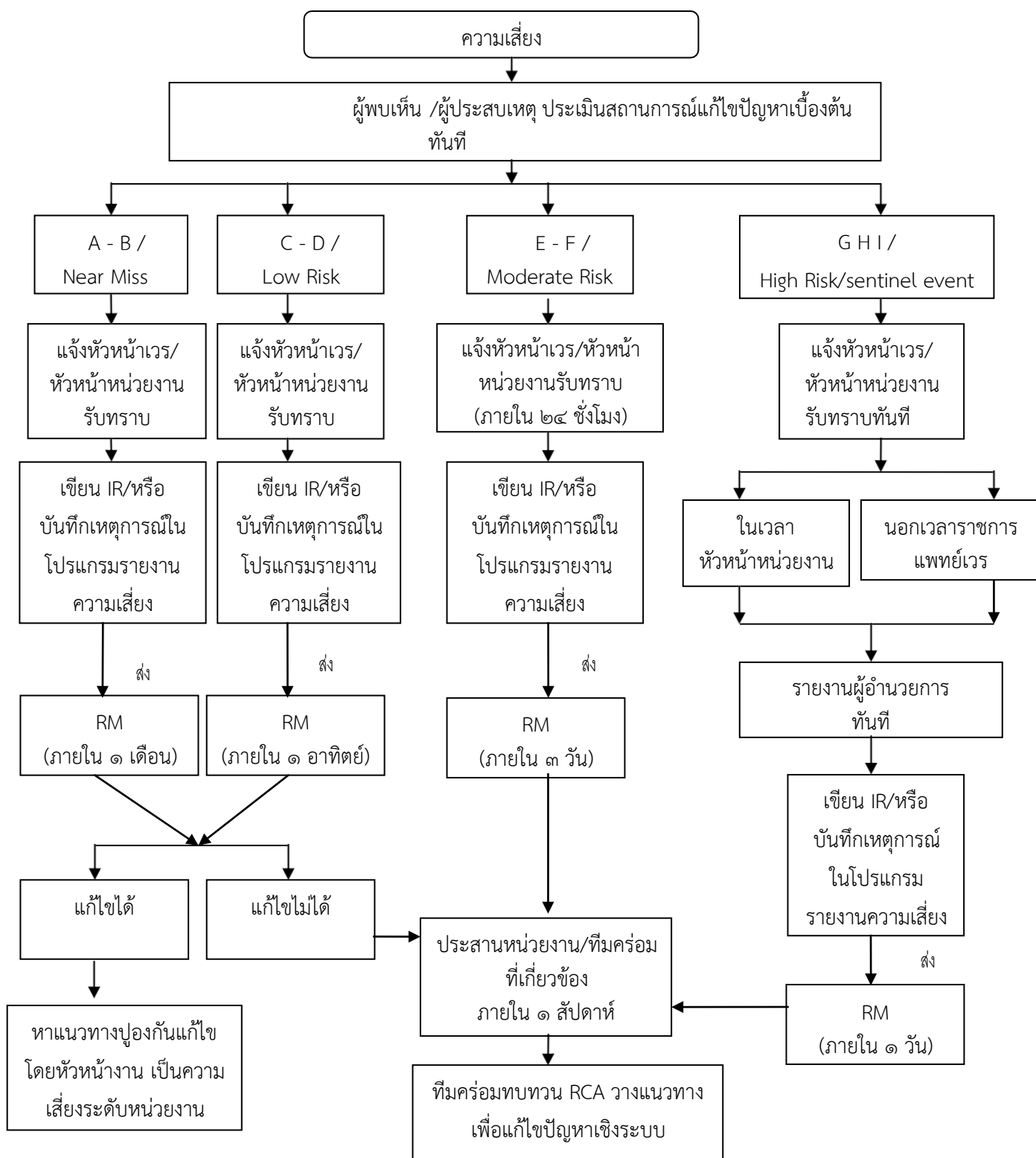
โปรแกรมที่ ๙ ความเสี่ยงด้านสิทธิ์ผู้ป่วย / ข้อร้องเรียน

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางภักฉมน อุทยานกูร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

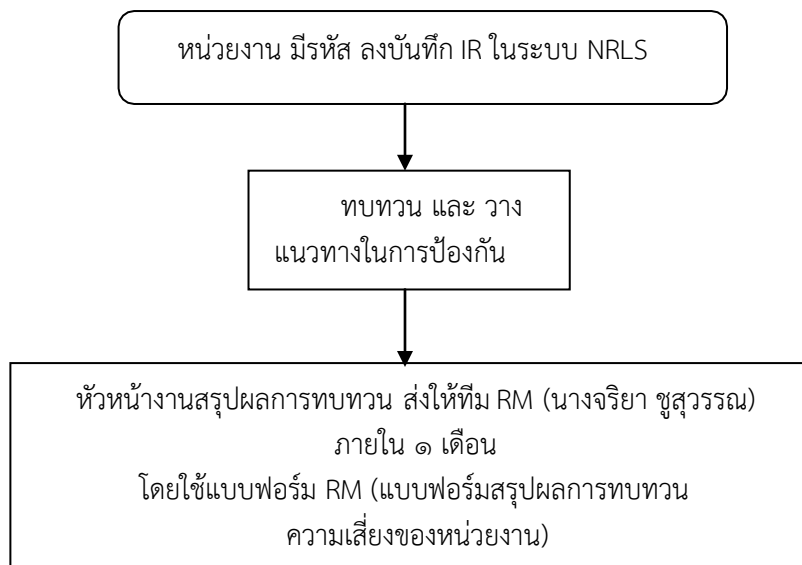
เหตุฉุกเฉินที่ต้องรายงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทันที (DCIRs)

๑. อุบัติเหตุ- เหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิตที่เกิดขึ้นกับบุคคลสำคัญ ดังนี้
 - เชื้อพระวงศ์
 - คณะรัฐมนตรี
 - องคมนตรี
 - ผู้นำต่างประเทศ พระราชอาคันตุกะ เอกอัครราชทูต
 - ผู้บริหารระดับสูงนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (หัวหน้าส่วนราชการระดับ กระทรวง กรม กอง และผู้ว่าราชการจังหวัด)
๒. อุบัติเหตุ- เหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูง เช่น รองปลัดฯ ,ผู้ตรวจฯ ,อธิบดี ,รองอธิบดี , สาธารณสุขนิเทศ ,ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/ศูนย์ , นายแพทย์ สสจ. , ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๓. อุบัติเหตุ- เหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วยรุนแรงที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับ ในระหว่างปฏิบัติหน้าที่
๔. อุบัติเหตุรุดตพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เกิดระหว่างปฏิบัติหน้าที่
๕. อุบัติเหตุหรือสาธารณภัยที่มีแนวโน้มรุนแรง / มีผลกระทบต่อสถานบริการหรือหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และส่งผลต่อการให้บริการหรือการปฏิบัติงาน
๖. อุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ที่มีการเสียชีวิต ≥ 5 ราย หรือบาดเจ็บ ≥ 15 ราย
๗. เหตุภัยความมั่นคงระดับประเทศ เนื่องจากการก่อการร้าย (Chemical Biological Radiological Nuclear Explosive : CBRNE)
๘. เหตุการณ์ที่ส่งผลเสียต่อภาพลักษณ์ ของกระทรวงสาธารณสุข

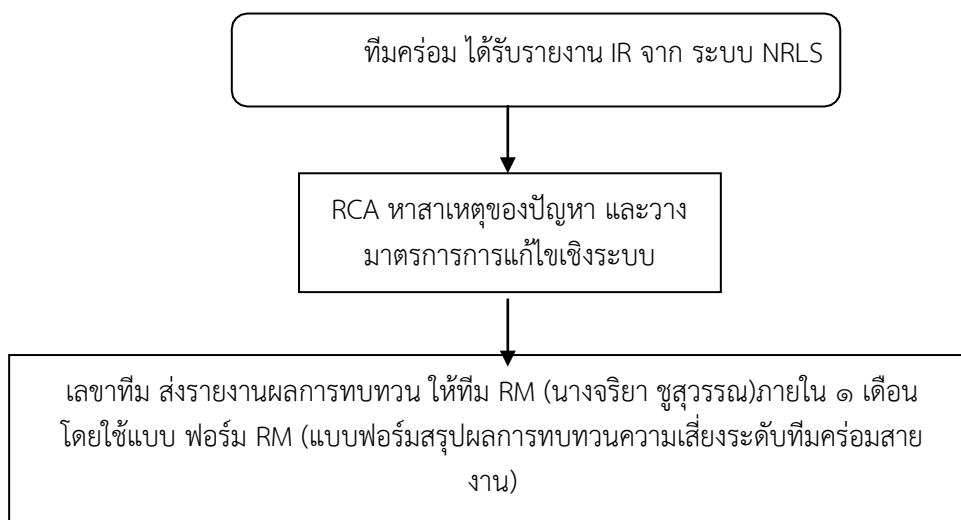
Flow chart กระบวนการการรายงานความเสี่ยง



Flow chart กระบวนการทบทวนความเสี่ยงและ อุบัติการณ์ที่สามารถทบทวน
ได้ในหน่วยงาน



Flow chart กระบวนการทบทวนความเสี่ยงระดับทีมคร่อมสายงาน



ภาคผนวก

๒P Safety Goals ฉบับปรับปรุงความคิดเห็น

๒P Safety Goals คือเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) และความปลอดภัยของบุคลากร (Personel safety) ซึ่งถ้าจะกล่าวถึงเอกสารชิ้นนี้ก็ต้องกล่าวถึงคำว่า SIMPLE ในสมัยก่อน หลายๆท่านคงได้เคยอ่าน Patient Safety Goals หรือ SIMPLE (คัมภีร์เล่มแดง) ที่เราเคยนำมาใช้ในอดีตเพื่อใช้เป็นมาตรการในการป้องกันเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยมีหมวดทั้งหมด ๖ หมวดตามอักษร SIMPLE แต่ SIMPLE เล่มแดงนี้จะกลายเป็นอดีตไปแล้วครับ เพราะจะถูกแทนที่ด้วยเอกสารที่เรียกว่า ๒P Safety Goals

อะไรคือ ๒P Safety Goals อย่างที่กล่าวไปแล้วครับคือการสร้างความปลอดภัยทั้งของผู้ป่วย และบุคลากร โดยยังอาศัยสัญลักษณ์อักษรย่อว่า SIMPLE มาเป็นกรอบในการกำหนดมาตรการในการป้องกันทั้งผู้ป่วยและบุคลากร ทำไม ๒P Safety Goals ถึงมีความสำคัญ

๑. เพราะเป็นนโยบายระดับประเทศเพื่อสร้างความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย ผู้รับบริการ และบุคลากรในองค์กร
๒. สิ่งที่น่าห่วงเพื่อเป็นมาตรการในการป้องกันเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายที่มีความสำคัญ หรือความเสี่ยงที่ป้องกันได้นั้นคือ Never Event (ความเสี่ยงที่ต้องไม่เกิดขึ้น) ในการบริหารจัดการความเสี่ยง การใช้ ๒P Safety Goals จึงเป็นเครื่องมือชิ้นหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ป้องกันสิ่งเหล่านี้ได้ครับ
๓. เราอาจยังป้องกันความเสี่ยงได้ยังไม่ดีพอคือมีมาตรการในการป้องกันที่ยังไม่ดี และมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ๒P Safety Goals คือเครื่องมือที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้
๔. เรายังมีข้อร้องเรียน การฟ้องร้องในเรื่องการให้บริการอยู่ การใช้ ๒P Safety Goals จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่สามารถลดโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้
๕. บุคลากรของเรายังมีความไม่ปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการขนส่ง การติดเชื้อจากการให้บริการ มีความรุนแรงเกิดขึ้นในหน่วยงานทั้งทางร่างกาย และจิตใจ เป็นต้น ๒P Safety Goals จึงเป็นมาตรการในการป้องกันให้บุคลากรของเราปลอดภัยมากขึ้น

๖. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๔ ให้ความสำคัญกับ ๒P Safety Goals เราจะเห็นได้ว่าใน ๒P Safety Goals แต่ละเรื่องนั้นอ้างอิงว่าสัมพันธ์กับมาตรฐาน HA ฉบับที่ ๔ ข้อใด เป็นต้น

๒P Safety Goals ประกอบไปด้วยอะไร ๒P Safety Goals แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มใหญ่คือ กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มของบุคลากร โดยอาศัยอักษรย่อ ๖ ตัวคือ S I M P L E โดยแต่ละกลุ่มนั้นก็จะมีหมวดย่อยทั้งหมด ๖ หมวดตามตัวอักษร (ตามตัวอย่างภาพ) นั้นคือ

@ S : ผู้ป่วย (Safe Surgery and Invasive Procedure) , บุคลากร (Security and Privacy of Information and Social media)

@ I : ผู้ป่วย (Infection and Prevention control) , บุคลากร (Infection and Exposure)

@ M : ผู้ป่วย (Medication & Blood Safety) , บุคลากร (Mental Health and Mediation)

@ P : ผู้ป่วย (Patient Care Process) , บุคลากร (Process of Work)

@ L : ผู้ป่วย (Line, Tubing & Catheter and laboratory) , บุคลากร (Lane (Ambulance) and Legal Issues : Medical Record and Documentation)

@ E : ผู้ป่วย (Emergency Response) , บุคลากร (Environment and Working Conditions)

เหล่านี้คือหัวข้อสำคัญๆใน ๒P Safety Goals ซึ่งหัวข้อสำคัญก็แบ่งย่อยออกเป็นมาตรการในการป้องกันต่างๆ สามารถศึกษารายละเอียดในแต่ละหัวข้อได้ในภาพที่มี QR Code ที่เป็น ๒P Safety Goals ฉบับปรับปรุงความคิดเห็น (ตามภาพข้างล่าง) ครับ แล้ว ๒P Safety Goals ฉบับใหม่แตกต่างจาก SIMPLE ฉบับเก่าอย่างไรบ้าง

๑. เอกสาร ๒P Safety Goals ฉบับใหม่มีความชัดเจนมากกว่า SIMPLE ฉบับเก่ามาก ซึ่งฉบับใหม่ประกอบไปด้วย

Definition : นิยามของแนวทางปฏิบัตินั้นหรือคำสำคัญที่ควรเข้าใจ

Goal : เป้าหมาย เช่น มีการล้างมืออย่างถูกต้อง

Why : ทำไมต้องใช้ (ระบุความสำคัญ ผลกระทบที่เกิดขึ้นหากปฏิบัติไม่เหมาะสม)

Process : ขั้นตอน วิธีการ แนวปฏิบัติที่มีความสำคัญ

Training : ระบุการฝึกอบรมเท่าที่มีความจำเป็น

Monitoring การติดตาม ประเมินผล เช่น ตัวชี้วัด อุบัติการณ์

Pitfall : ข้อที่ควรระวัง ข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น

มาตรฐาน HA : มาตรฐาน HA ที่เกี่ยวข้อง

Reference : เอกสารที่ใช้ในการอ้างอิง

๒. มีความสัมพันธ์ และเชื่อมโยงกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๔ อย่างชัดเจน ง่ายต่อการศึกษา เรียนรู้ และปฏิบัติ

๓. บอกรายละเอียดที่สำคัญที่ฉบับเก่าไม่มีเช่น การอบรมที่ควรปฏิบัติในแต่ละ Goals , ตัวชี้วัดที่ควรกำหนด , ปัญหาหรืออุปสรรค (Pitfall)ที่จะทำให้ Goals ไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งเราสามารถนำมากำหนดมาตรการในการป้องกันก่อนที่จะเกิดปัญหาได้

๔. แน่ใจว่าความปลอดภัยนั้นได้มุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยอย่างเดียว แต่บุคลากรของเราก็ต้องปลอดภัยด้วย จึงได้มีการเพิ่มเรื่องราวหรือมาตรการในการป้องกันมากขึ้นทั้งของผู้ป่วย และบุคลากร เป็นต้น

๕. มาตรการในการป้องกันที่กำหนดไว้แล้วเข้าใจง่าย อีกทั้งมีการกำหนดไว้ค่อนข้างชัดเจนว่าควรจะต้องมีวิธีปฏิบัติใดบ้างตาม Goals แต่ละตัว รวมทั้งมี Reference ที่ชัดเจนที่เราจะได้นำมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดมาตรการในการป้องกันได้ชัดเจนตามบริบท

นี่คือเรื่องราวอย่างย่อๆของ ๒P Safety Goals ฉบับใหม่ครับที่อยากชวนโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาล อาจารย์ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ผู้รับบริการ และบุคลากรได้นำไปประยุกต์ใช้ตามบริบท ผมมักจะถูกถามเสมอว่าจะใช้ ๒P safety Goals เรื่องใดบ้างในองค์กร คำตอบของไม่มีตายตัวครับ แต่ผมให้หลักคิดไว้ ๓-๔ ประเด็นครับคือ

๑. อะไรคือความเสี่ยงสำคัญๆที่เคยเกิดขึ้นในอดีต แล้วเราอยากได้มาตรการในการป้องกัน

๒. เรื่องอะไรที่ความเป็นโรงพยาบาลควรจะมี ไม่มีไม่ได้ซึ่งต้องเป็นไปตามบริบทของแต่ละที่

๓. สิ่งที่กำหนดเป็นมาตรการในการป้องกันในแต่ละเรื่องของ ๒P Safety Goals เป็นสิ่งที่สามารถทำให้เกิดคำว่า Never Event ดังนั้นเป็นสิ่งสำคัญหรือไม่

๔. เวลาเราอ่านมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๔ และเราจะนำมาใช้ในองค์กรของเรา ลองอ่านดูดีๆครับจะเห็นในเรื่องราวของ ๒P Safety Goals ทั้งหมดจะสัมพันธ์กับมาตรฐาน HA ฉบับใหม่ในแต่ละหัวข้อเสมอ ดังนั้นถ้าเราปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันใน ๒P Safety แล้วเกิดความปลอดภัยตามเป้าหมายแล้ว สิ่งที่ได้อีกประการคือเราได้ปฏิบัติตามมาตรฐานอีกด้วยครับ ลองศึกษา ๒P Safety Goals ฉบับรับฟังความคิดเห็น ที่เป็น QR Code ข้างล่างเพื่อช่วยกันสร้างความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วย และบุคลากรกันครับ และถ้ามีข้อเสนอใดสามารถให้ความคิดเห็นตามเอกสารข้างล่างนี้ครับ

การบันทึกรายงานอุบัติการณ์ทางโปรแกรมคอมพิวเตอร์

