

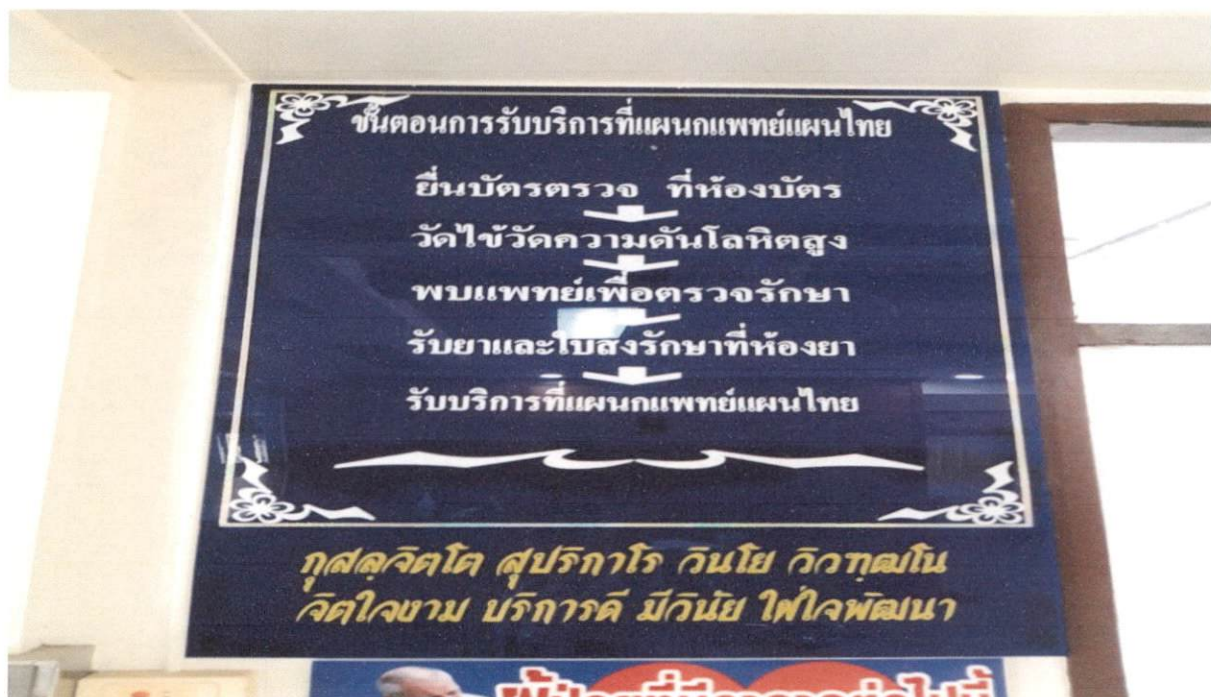
ITA

EB 26

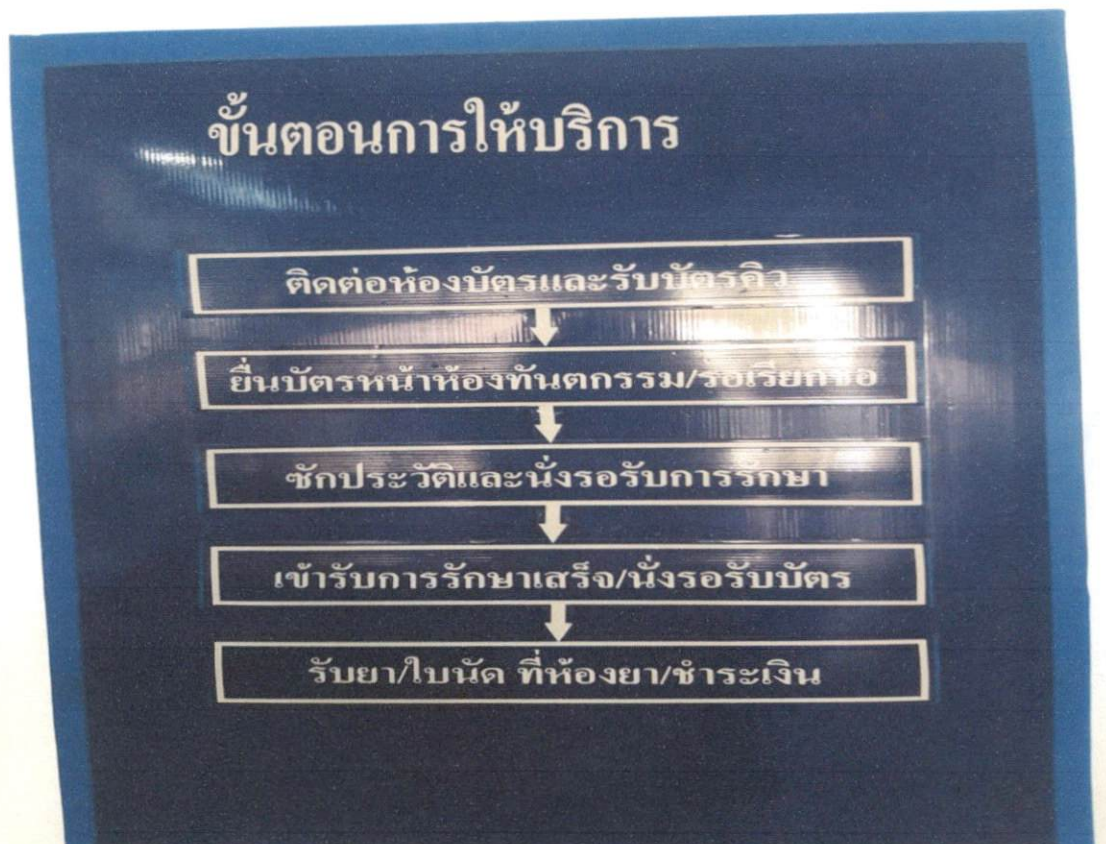
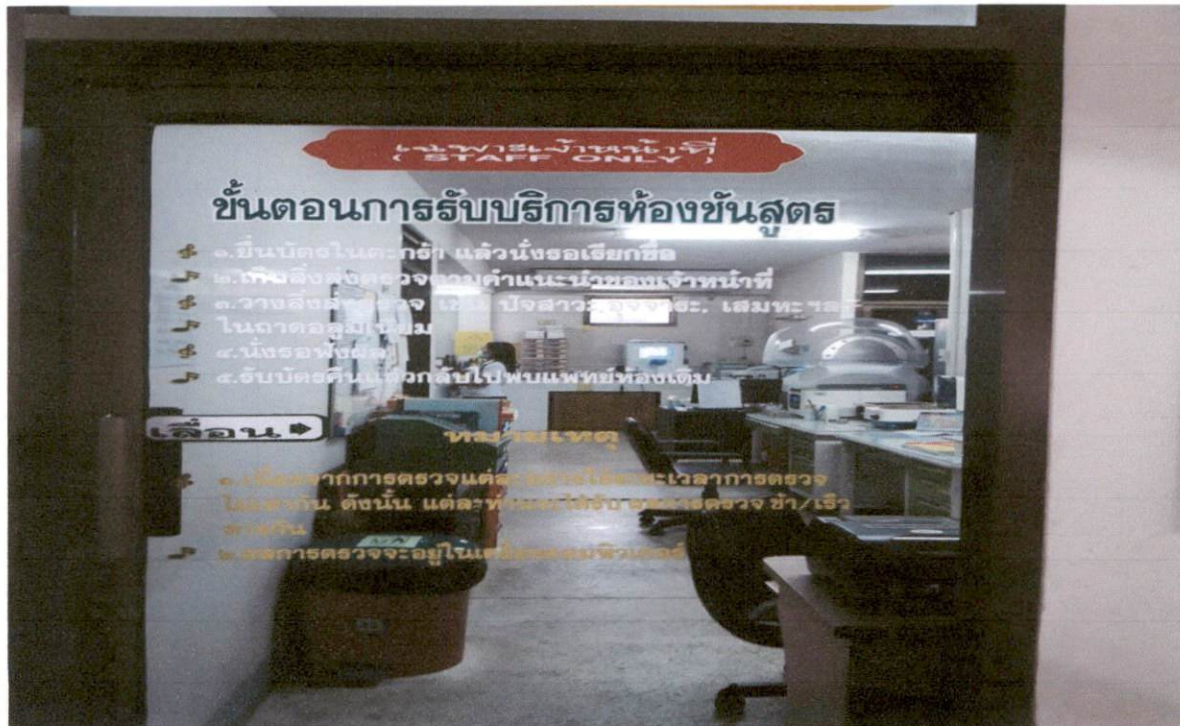
หน่วยงานมีการเผยแพร่กระบวนการอำนวยความสะดวก
สะดวก หรือการให้บริการประชาชนด้วยการแสดงขั้นตอน
ระยะเวลาที่ใช้

- ขออนุญาตเผยแพร่เอกสารบนเว็บไซต์ของหน่วยงานโรงพยาบาลไพรบึง
- แบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะ ผ่าน Web Site
- คู่มือการให้บริการโรงพยาบาลไพรบึง
- คู่มือการบริหารความเสี่ยง (RM)โรงพยาบาลไพรบึง

คู่มือการให้บริการโรงพยาบาลไพรบึง



คู่มือการให้บริการโรงพยาบาลไพรบึง



คู่มือการให้บริการโรงพยาบาลไพรบึง





คู่มือการบริหารความเสี่ยง (RM)

โรงพยาบาลไพรบึง

ปรับปรุงครั้งที่ 2

ตุลาคม 2559

คู่มือบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลไพรบึง

เป้าหมาย

ผู้มารับบริการ ญาติและเจ้าหน้าที่ ได้รับความปลอดภัย

พันธกิจ

ค้นหาความเสี่ยงครอบคลุมทุกหน่วยงาน ทุกทีมคร่อมสายงาน มีมาตรการป้องกัน และมีการกำจัด ความเสียหายแก่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติ และชุมชน

ขอบเขตบริการ

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

ความต้องการของผู้มารับบริการ

ผู้ป่วยและญาติ

- 1.ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา
- 2.ไม่เกิดการบาดเจ็บ อันตรายขณะมารับบริการในโรงพยาบาล
- 3.ได้รับการรักษาสิทธิของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

ประชาชนทั่วไป

ไม่เกิดการทำลายสิ่งแวดล้อม อันมีสาเหตุเนื่องมาจากโรงพยาบาล

ความต้องการของผู้ร่วมงาน

ในหน่วยงาน

- 1.ไม่เกิดอุบัติเหตุและโรคที่เกิดจากการทำงาน
- 2.ได้รับคำแนะนำในการบริหารความเสี่ยง
- 3.มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และมีการปรับปรุงแก้ไขเพื่อลดการเกิดความเสี่ยงซ้ำอีก

4. มีการเชื่อมประสานงานระหว่างหน่วยงาน ในการลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

ในโรงพยาบาล

1. ลดความสูญเสีย หรือความเสียหายต่อทรัพย์สินของโรงพยาบาล
2. ลดข้อร้องเรียนที่จะทำให้เกิดความเสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล

นโยบาย

ทุกหน่วยงาน มีระบบการบริหารความเสี่ยง (ตั้งแต่การค้นหา การประเมิน การแก้ไขและการป้องกัน)อย่างมีประสิทธิภาพ

หน้าที่ของคณะกรรมการ

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

บทบาทหน้าที่หัวหน้างาน

1. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน ดำเนินการทบทวนและแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน และกระตุ้นให้มีการรายงานความเสี่ยง
2. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงภายในหน่วยงาน และวางมาตรการป้องกัน ควบคุม ความเสี่ยงที่สำคัญ

3.ตรวจสอบความถูกต้องของการจัดประเภท การประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เจ้าหน้าที่ใน
หน่วยงานดำเนินการ ลงนามรับทราบบันทึกรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ภายในหน่วยงานที่เจ้าหน้าที่
ภายในหน่วยงานบันทึกรายงาน

4.นำทีมทบทวนอุบัติการณ์ภายในหน่วยงาน และลงข้อมูลในโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง

5.รวบรวมสถิติ วิเคราะห์ ตัวชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงภายในหน่วยงาน

6.นำเสนอข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานแก่คณะกรรมการ RM

บทบาททีมคร่อมสายงาน

1.ทีมคร่อมสายงาน/ทีมนำด้านต่าง ๆ จัดทำมาตรการป้องกันให้สอดคล้องกับนโยบายความเสี่ยงของ
โรงพยาบาล

2.ร่วมจัดการและแก้ไขปัญหาเชิงระบบ ในระบบงานที่เกี่ยวข้อง

บทบาทตัวแทนความเสี่ยงของหน่วยงาน

1.เป็นผู้ประสานงานด้านการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน

2.เป็นแกนนำในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน

3.ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานค้นหาและรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน

4.รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยงของหน่วยงาน

บทบาทหน้าที่บุคลากรทุกระดับ

1.ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคู่มือการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลไพรบึง

2.เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์/อุบัติการณ์เบื้องต้น

3.บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไข และรายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด

4.ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์/อุบัติการณ์ซ้ำ

วัฒนธรรมความเสี่ยง/ความปลอดภัยในองค์กร

1. มีการทบทวนความเสี่ยง และรายงานความเสี่ยงทุกวัน ทุกหน่วยงาน ในโปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาล ผ่านทางโปรแกรมความเสี่ยง ในโปรแกรม Him-pro ของโรงพยาบาล
2. การรายงานความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และองค์กร ไม่ใช่เพื่อการจับผิดหรือกล่าวโทษกัน
3. มีการเชื่อมหน่วยงานต่าง ๆ ในเรื่องความปลอดภัยเป็นระยะ (Quality Round)
4. มีการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทุกเดือน

เป้าหมายคุณภาพ

การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และทุกโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง
มีประสิทธิภาพ

คำจำกัดความ

1. **ความเสี่ยง (Risk)** หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ เช่น ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ใช้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทำลายสิ่งแวดล้อม ภาวะในการชดเชยค่าเสียหาย
2. **บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)** หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้น โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีต และหน่วยงานอื่น ๆ ตลอดจนจากการทบทวนต่าง ๆ และจากการสำรวจภายในหน่วยงานของตนเอง เพื่อเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวัง โดยมีทั้งระดับโรงพยาบาล กลุ่มงาน/แผนก หน่วยงาน

3.อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการรักษา และไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรค หรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเกิดความพิการตามมา

4.ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical Error) หมายถึง ความล้มเหลวของการดูแลรักษาที่วางแผนไว้ หรือการวางแผนการรักษาที่ไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

5.เหตุเกือบพลาด (Near Miss) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือไม่เกิดขึ้น เพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน

6.อุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event: เหตุการณ์พึงสังวรณ์) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดการณืมาก่อน และมีผลทำให้เกิดความเสียหายจนถึงแก่ชีวิตหรือส่งผลร้ายแรง ทางด้านจิตใจ และอาจทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของรพ. **ต้องรายงานทันที และบันทึกอุบัติการณ์ภายใน 24 ชม.**

****ต้องทบทวนระบบ (RCA) แม้ว่าจะระดับความรุนแรง ไม่ถึงระดับ E ก็ตาม**

โรงพยาบาลไฟรบึงกำหนดไว้ **20 ข้อ** ได้แก่

เหตุการณ์พึงสังวรทางคลินิก (Clinic)

1. ผ่าตัดผิดผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง/ผิดคน
2. การตกค้างของสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย ที่เกิดจากกระบวนการรักษา
3. ให้เลือดผิด
4. เกิดความพิการจากการรักษา จากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
5. ตกเตียงกระตุกหัก/เสียชีวิต
6. ทารกเสียชีวิตขณะคลอด
7. มารดาคลอดเสียชีวิต
8. เสียชีวิตขณะรอตรวจ
9. ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด (unexpected death) ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
10. มีโรคอุบัติการณ์ใหม่ที่รุนแรงและเสี่ยงต่อการแพร่กระจาย เช่น ซาร์ เมอร์ส

เหตุการณ์พึงสังวรที่ไม่ใช่คลินิก (Non-Clinic)

1. ฆ่าตัวตาย
2. เสียชีวิตจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาล
3. เด็กถูกลักขโมย

4. ผู้ป่วยสูญหาย
5. โจรกรรม
6. อุบัติเหตุขณะ refer
7. มีเหตุจลาจล/ประท้วง
8. อุทกภัย อัคคีภัย ภัยพิบัติ
9. กระโดดตึก, ช่มชู้/ช่มชู้/ทำร้าย/ฆ่า/อุบัติเหตุในโรงพยาบาล(ทะเลาะวิวาท/ช่มชู้/ทำร้ายร่างกาย)
10. การหยุดชะงักของสาธารณูปโภคที่ไม่เป็นไปตามแผน

โดยผู้นำได้ประกาศเป็นนโยบายให้รับทราบทั้งที่เป็นลายลักษณ์อักษร และในการประชุมเจ้าหน้าที่

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาความเสี่ยงและรายงานความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินและวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง

1.1 ค้นหาจากอดีต เช่น

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

1.2 ศึกษาจากการสำรวจสภาพการในปัจจุบัน เช่น

รายการ	ความถี่ในการปฏิบัติ
ทบทวน 12 กิจกรรม	ตามความเหมาะสมของกิจกรรม
ทบทวน Trigger tool	ทุกเดือน
C3THER	ทุกวัน
Case Conference กับสหสาขาวิชาชีพ	1 ครั้ง/เดือน
RM round	1 ครั้ง/เดือน

1.3 จากกระบวนการหลักของหน่วยงาน

ทุกหน่วยงานดำเนินการค้นหา รวบรวมความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น นำมาจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง พร้อมมาตรการป้องกันและแก้ไข โดยนำมาจัดเป็นโปรแกรมความเสี่ยงดังนี้

โปรแกรมความเสี่ยง หมายถึง กิจกรรมการบริหารความเสี่ยงที่มีการจัดหมวดหมู่ความเสี่ยงเข้าด้วยกัน เพื่อการจัดการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาลโพธิ์รัง แบ่งออกเป็น 5 โปรแกรมดังนี้

1. โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก แบ่งออกเป็น

1.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป

1.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค

2. โปรแกรมความเสี่ยงระบบIC

3. โปรแกรมความเสี่ยงระบบยา (ความคลาดเคลื่อนทางยาทั้ง OPD/IPD)

4. โปรแกรมระบบอาหารอนามัยและความปลอดภัย

5. โปรแกรมความเสี่ยงทั่วไป ประกอบไปด้วย

5.1 ด้านโครงสร้าง/สิ่งแวดล้อม/สาธารณูปโภค

5.2 ด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์/วัสดุ/เวชภัณฑ์

5.3 ความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

5.4 สิทธิผู้ป่วย/สิทธิการรักษา/พฤติกรรมบริการ

5.5 ระบบข้อมูลIT/เวชระเบียน

การแบ่งประเภทความเสี่ยง ประเภทความเสี่ยงแบ่งเป็น 2 หมวด ได้แก่

1.ความเสี่ยงทางคลินิก (clinical risk) เป็นความเสี่ยงในโปรแกรมที่ 1,2 และ 3 ที่เกิดจากกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยและความคลาดเคลื่อนทางยา ความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลรักษาซึ่งส่งผลให้เกิดต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Clinical Risk) หมายถึง เหตุการณ์ที่อาจเกิดอันตราย หรือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ สามารถเกิดได้ในผู้ป่วยทั่วไป ไม่จำกัดโรคใดโรคหนึ่ง เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ

1.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง เช่น ตกเลือดหลังคลอดเกิดเฉพาะในกลุ่มหลังคลอด ไข้ดั่งแตกในผู้ป่วยไข้ดั่งอักเสบ Hypoglycemia ในผู้ป่วย DM

2.ความเสี่ยงทั่วไป (non Clinical Risk) ได้แก่ ความเสี่ยงโปรแกรมในโปรแกรมที่ 4และ5 ได้แก่

2.1 ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม , อาชีวอนามัยและความปลอดภัย เช่น อุบัติการณ์เกี่ยวกับอาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก , อุบัติการณ์เกี่ยวกับผลที่จะเกิดจากการปฏิบัติงานที่มีต่อสุขภาพบุคลากร ความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน

2.2 ด้านการเงิน ได้แก่ อุบัติการณ์เกี่ยวกับค่ารักษา การสูญเสียรายได้ทรัพย์สินทางราชการต่าง ๆ มูลค่าความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน

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

2.4 ความเสี่ยงด้านบริการ ได้แก่ อุบัติการณ์เกี่ยวกับการดูแล ช่วยเหลือ การให้ข้อมูล การช่วยเหลือ
อำนวยความสะดวก พฤติกรรมบริการ ขั้นตอนบริการ

2.5 ความเสี่ยงด้านเครื่องมือ ได้แก่ อุบัติการณ์เกี่ยวกับ อุปกรณ์ เครื่องมือ ที่ใช้ในการดูแลรักษา

2.6 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม ได้แก่ อุบัติการณ์เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลก่อน
ลงนามยินยอมรักษา การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษา

2.7 ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้แก่ อุบัติการณ์เกี่ยวกับคอมฯ , ความไม่พร้อมใช้คอมฯ ,
โปรแกรมการสื่อสารบันทึก , การจัดเก็บข้อมูล และเกี่ยวกับข้อมูลสถิติต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยงจะครอบคลุมถึงการจำแนกประเภท การประเมินระดับความรุนแรง การ
ประมวลผลข้อมูลความเสี่ยง เพื่อการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การจัดการกับคำเรียกร้องเสียหาย
แบ่งเป็น

ประเมินความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุ เช่น ตอบคำถามว่า มีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากเพียงใด มีโอกาสความความ
เสี่ยงน้อยเท่าใด มีโอกาสเกิดความสูญเสียเท่าใด ในสถานการณ์ใดมีโอกาสจะเกิดมาก

ประเมินขณะเกิดเหตุ ได้แก่ กระบวนการบันทึกและปรึกษาซึ่งต้องเริ่มต้นทันทีที่พบว่า มีอุบัติเหตุหรือ
ความเสียหายเกิดขึ้น

การแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยง

ความรุนแรงความเสี่ยงทางคลินิกแบ่งเป็น 9 ระดับ

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
A	ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่มีโอกาสทำให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้ หรือถ้าไม่ให้ความสนใจที่อาจเกิดอุบัติการณ์ขึ้น (เกือบพลาด)	Near Miss
B	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่เนื่องจากอุบัติการณ์นั้นไม่ไปถึงตัวผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	
C	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่/แม้อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นถึงตัวผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	Low Risk
D	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่/แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามดูแลและเฝ้าระวังเพิ่มเติม	
E	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่เพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม	Moderate Risk
F	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่เพียงชั่วคราวรวมถึงต้องได้รับการดูแลรักษาใน รพ. หรือยืดยาวระยะเวลาในการรักษาตัวใน รพ.ออกไป	
G	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่/เกิดความพิการอย่างถาวร	High Risk
H	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ จนเกือบถึงแก่ชีวิต	
I	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ จนถึงแก่ชีวิต	

จำง่าย ๆ ดังนี้

A เกิดที่นี่	B เกิดที่ไหน	C เกิดกับใคร
D ให้ระวัง	E ต้องรักษา	F เสียเวลานาน
G ต้องพิการ	H ต้องการปั๊ม	I จำใจลา

ระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไปมี 4 ระดับ

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
1	มีโอกาสเกิดความเสี่ยง/เกิดความเสี่ยงแต่ไม่ถึงผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/สิ่งแวดล้อมและองค์กร ไม่เสียค่าใช้จ่าย	Near Miss
2	มีความเสี่ยงเกิดขึ้นแต่ไม่ส่งผลกระทบถึงผู้รับบริการ/ผู้รับผลงาน/สิ่งแวดล้อม/องค์กร การเสียค่าใช้จ่ายไม่เกิน 10,000 บาท	Low Risk
3	มีความเสี่ยงเกิดขึ้นและส่งผลกระทบทางด้านร่างกายหรือจิตใจต่อผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/สิ่งแวดล้อม/องค์กร ทำให้ต้องมีการเฝ้าระวังหรือมีการเสียค่าใช้จ่ายไม่เกิน 50,000 บาท	Moderate Risk
4	มีความเสี่ยงเกิดขึ้นและส่งผลกระทบรุนแรงทั้งทางด้านร่างกายหรือจิตใจต่อผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/สิ่งแวดล้อมและองค์กร มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายมูลค่ามากกว่า 50,000 บาทขึ้นไป	High Risk

โดยมีการแบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับความเสี่ยง	ระดับความรุนแรงทางคลินิก	ระดับความรุนแรงทั่วไป
1.Near miss	A-B	1
2.ความเสี่ยงต่ำ (Low Risk)	C-D	2
3.ความเสี่ยงปานกลาง (Moderate Risk)	E-F	3
4.ความเสี่ยงสูง (High Risk)	G-I	4

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

3.1 ก่อนเกิดเหตุ

3.1.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น การปิดห้องผ่าตัดเมื่อไม่มีวิสัญญี การส่งต่อ

3.1.2 การป้องกันความเสี่ยง เช่น จัดหาเวชภัณฑ์เพื่อดูแลเครื่องมือทางการแพทย์และห้องปฏิบัติการ

3.1.3 การป้องกันความเสี่ยง เช่น ใส่ของมีคมในกล่องที่หนา การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน เช่น การตรวจสอบเครื่องมือ การสอบเทียบเครื่องมือต่าง ๆ มีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา การตรวจ

อุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน การให้ความรู้เจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดความตระหนักและเป็นเจ้าของการป้องกันความเสี่ยง

3.1.4 การแบ่งแยกความเสี่ยง เช่น ระบบสำรองไฟ เครื่องมืออุปกรณ์ การสำรองข้อมูล

3.1.5 มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้แก่

- ทุกหน่วยงานมีระบบรายงานความเสี่ยง

- ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรายงานความเสี่ยงได้หลายช่องทาง สะดวก มีการสื่อสารย้อนกลับและไม่เปิดเผยแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกรณีที่เป็นความลับ

- จัดทำฐานข้อมูลความเสี่ยงสื่อสารทั่วองค์กร

3.2 หลังเกิดเหตุ

3.2.1 ลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ เป็นการดูแลแก้ปัญหาฉับพลันโดยการเอาใจใส่ ให้ข้อมูลตรงไปตรงมา ภายใต้คำแนะนำ การสื่อสาร ความเข้าใจที่ดีต่อกัน ประคับประคองจิตใจ ขวัญกำลังใจทั้งผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่รายงานผู้บริหารสูงสุด , คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล และติดตามประเมินผลภายหลังการไต่ถ้อยคำอย่างต่อเนื่อง

3.2.2 การบริหารเงินชดเชยค่าเสียหาย กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหายที่มควมคุมค่าเสียหาย/ไต่ถ้อยคำ จะเป็นผู้สรุปข้อมูล ปัญหา นาสเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหาร โรงพยาบาลร่วมกันพิจารณาชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสม

แนวทางในการจัดการความเสี่ยงตามลักษณะการเกิดอุบัติการณ์และระดับของความเสี่ยง ดังนี้

1.ความเสี่ยงในระดับ Near miss (A-B,1) หน่วยงานดำเนินการวางมาตรการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาและรายงานความเสี่ยงภายใน 1 เดือนและทบทวนดูแนวโน้มภายใน 6 เดือน

2.ความเสี่ยงต่ำ (C-D,2) และมีสาเหตุเกิดจากหน่วยงานเดียว ให้หน่วยงานบริหารจัดการเอง โดยการทบทวนเพื่อหาแนวทางปฏิบัติ/จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน เช่น การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การเตรียมผ่าตัด ความล่าช้าในการค้นเวชระเบียน หรือความคลาดเคลื่อนในการให้ยา โดยให้รายงานภายใน 7 วัน และจัดการแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดขึ้นภายใน 1 เดือน

3.ความเสี่ยงปานกลาง (E-F,3) และมีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้อง หน่วยงานและทีมคร่อมสายร่วมทบทวน วิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) เพื่อวางแผนทางป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น แนวทางการดูแลหญิง ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่ทารก การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อแผลผ่าตัดตลอดทางหน้าท้อง เป็นต้น โดยกำหนดให้มีการรายงานภายใน 3 วัน และแก้ไขความเสี่ยง ภายใน 7 วันหลังเกิดเหตุการณ์

4.ความเสี่ยงสูง (G-H-I,4) และเหตุการณ์พึงสังวร) ทีมความเสี่ยงร่วมกับหน่วยงานและทีมที่เกี่ยวข้อง ทบทวนหาสาเหตุรากเพื่อวางแผนการป้องกันทันทีที่เกิดเหตุการณ์ มีการรายงานเหตุการณ์แก่ผู้อำนวยการ หรือผู้แทนทันทีที่เกิดเหตุการณ์ เพื่อจัดการปัญหาเบื้องต้น และทบทวนแก้ไขปัญหาโดยวิเคราะห์หาสาเหตุ เชิงระบบภายใน 3 วัน เช่น การทบทวนดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วย ไฟไหม้ เป็นต้น

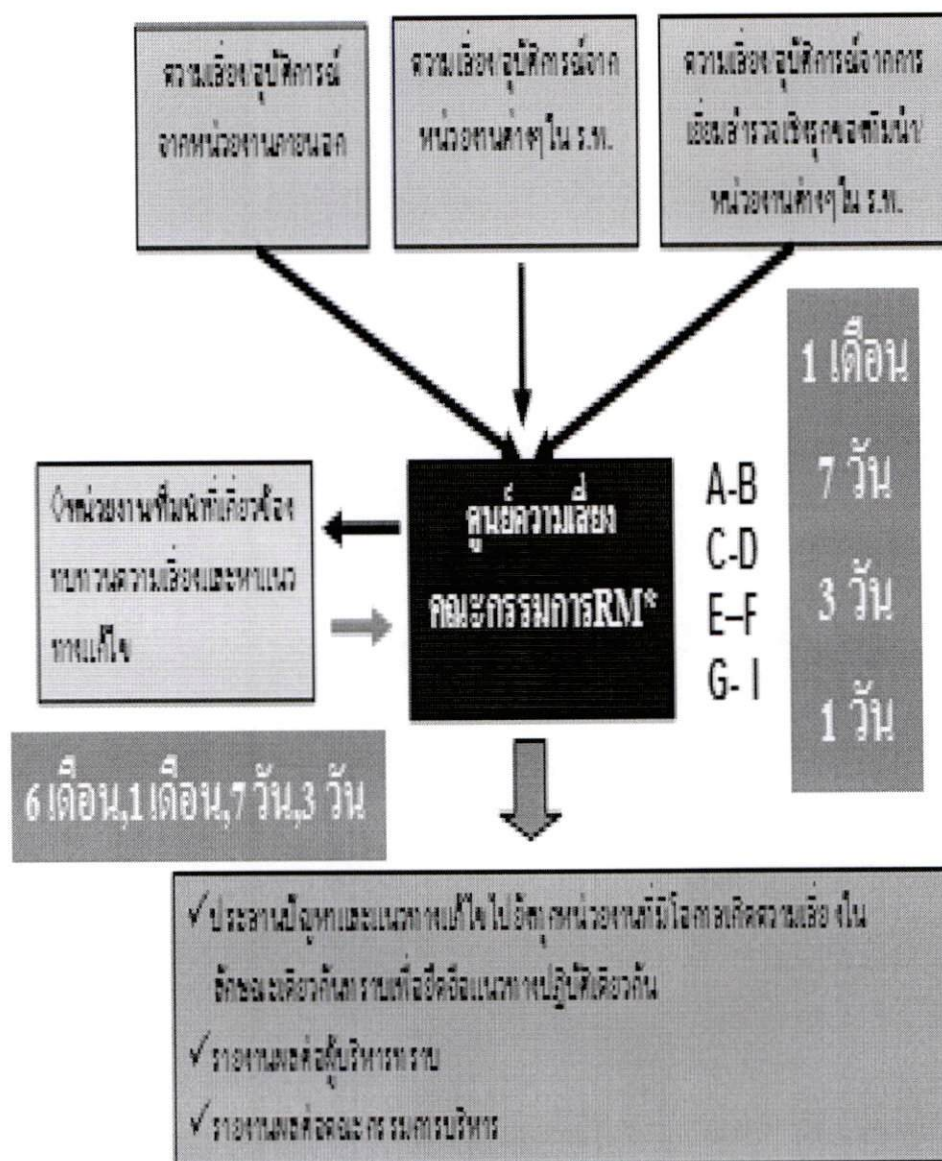
แนวทางการรายงานและแก้ไข ความเสี่ยง

ประเภท			การรายงาน	ส่งรายงาน การทบทวน	แนวทางการแก้ปัญหา
ระดับ	clinic	Non-clinic			
Near miss	A-B	1	Him-pro/ใบอนุญาต รายงานภายใน 1 เดือน	ภายใน 6 เดือน	วางแผนการป้องกัน
Low Risk	C-D	2	Him-pro/ใบอนุญาต รายงานภายใน 7 วัน	ภายใน 1 เดือน	ทบทวนหาแนวทาง ปฏิบัติ/จัดทำคู่มือการ ปฏิบัติงาน
Moderate Risk	E-G	3	Him-pro/ใบอนุญาต รายงานภายใน 3 วัน	ภายใน 7 วัน	ใช้ความคิดสร้างสรรค์ หรือแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ในกรณีที่ปัญหานั้นมี ผลกระทบอาจนำมา วิเคราะห์ RCA
High Risk	G-I SE	4	Him-pro/ใบอนุญาต/วาจา/ไลน์ รายงานภายใน 1 วัน	ภายใน 3 วัน	ให้ทำการวิเคราะห์ปัจจัย เชิงระบบทุกปัญหา

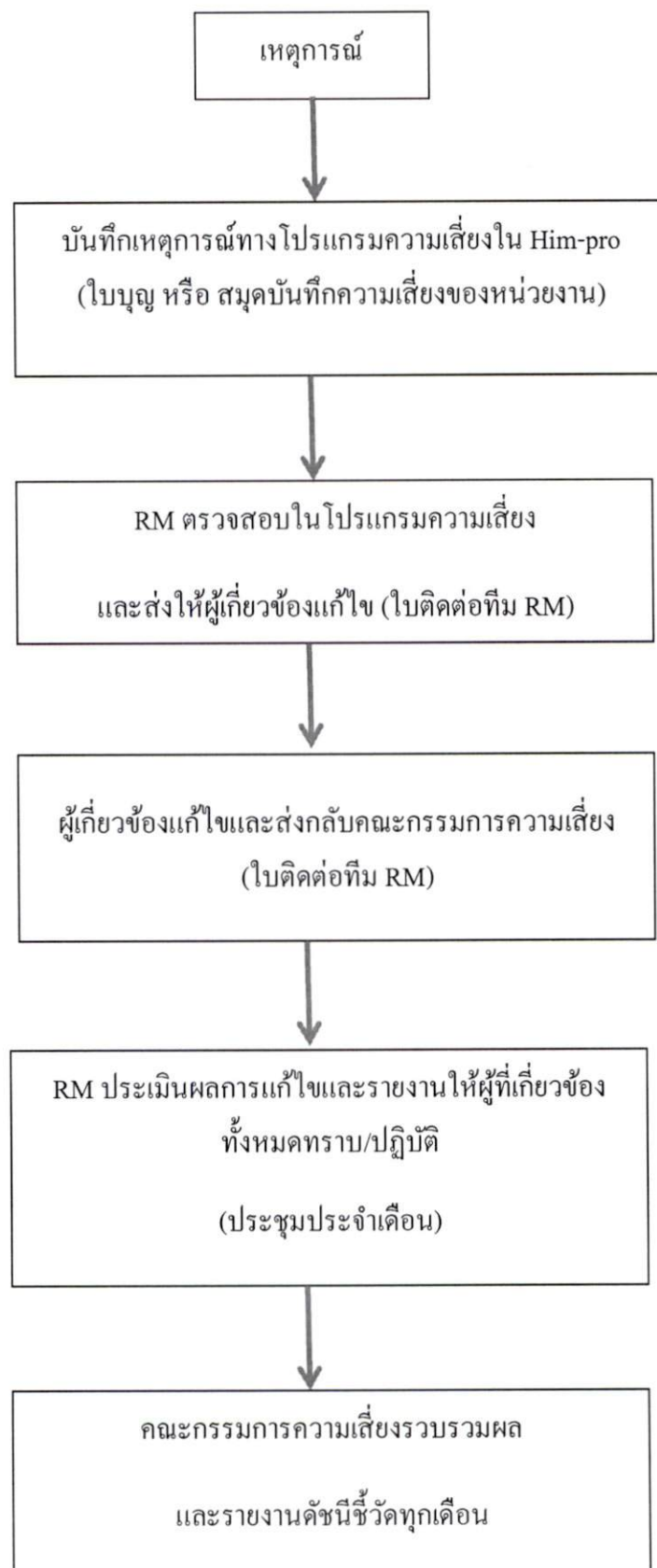
กลยุทธ์ในการบริหารความเสี่ยง

รายการ	ระดับหน่วยงาน	ระดับทีมนำ	ระดับโรงพยาบาล
1.การค้นหาและรวบรวมความเสี่ยง	-ทบทวนกระบวนการหลัก -สำรวจสิ่งแวดล้อม -ทบทวนเวชระเบียน -ค้นหาข้อมูลจากข่าว และสื่อต่างๆ -ระดมสมองจากประสบการณ์เจ้าหน้าที่ -ตรวจสอบและสอบเทียบมาตรฐานที่กำหนด -การตรวจการและการนิเทศ -การทบทวน 12 กิจกรรม	-จากระบบรายงานที่มีอยู่ -จากข้อมูลข่าวสาร สื่อ -จากการระดมสมอง -ประสบการณ์ทีมงาน	-จากรายงานของหน่วยงานต่างๆ -จากรายงานทีมนำต่างๆ -สำรวจ สัมภาษณ์หน่วยงาน -จากข่าวสาร สื่อต่างๆ -การเรียกร้องค่าเสียหาย
2.ประเมินและวิเคราะห์	-ทำบัญชีรายการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน -แยกประเภท/ระดับ -จัดลำดับความสำคัญ	-ทำบัญชีรายการความเสี่ยงระดับทีมนำ -แยกประเภท/ระดับ -จัดลำดับความสำคัญ	-ทำบัญชีรายการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
3.การจัดการความเสี่ยง -แนวทางการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ	-วิเคราะห์เหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (RCA) -ถ้าปัญหาคร่อมสายงานนาส่ง RM Team เข้าทีมที่เกี่ยวข้อง สรุปจัดทำคู่มือ -ติดตามการผลการปฏิบัติ -ทบทวนคู่มือและมาตรการที่กำหนดไว้เป็นระยะๆ	-วางมาตรการในการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ 5 อันดับทางคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติ	-มอบนโยบายและให้การสนับสนุนปัจจัยในการดำเนินการ -มอบหมายผู้รับผิดชอบแก้ไข
4.การประเมินผล	-ติดตามตัวชี้วัด -ทบทวนอุบัติการณ์ซ้ำ/เกือบพลาด	-ติดตามตัวชี้วัด -ทบทวนเชิงระบบ	-ติดตามตัวชี้วัด -ทบทวนเชิงระบบ

Flow การบริหารความเสี่ยง



เส้นทางการเดินของใบรายงานอุบัติการณ์ โรงพยาบาลไพรบึง



ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผล หมายถึง การนำเหตุการณ์ และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการที่ใช้ป้องกันความเสี่ยง ซึ่งสิ่งที่ต้องประเมิน ได้แก่

4.1 การติดตามประเมินผลตามตัวชี้วัดทุกเดือนและประเมินผลระบบการบริหารความเสี่ยงทั้งระบบ

4.2 การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ต้องตั้งคำถามว่า

- อุบัติการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไร ทั้งๆ ที่มีมาตรการป้องกันแล้ว
- อุบัติการณ์เป็นเหตุการณ์เดี่ยวหรือเรื่องของระบบ มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้อีกหรือไม่
- ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

4.3 การทบทวนความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

4.4 มีการสื่อสารการตอบสนองของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบว่าได้พิจารณา และให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ และทรัพย์สินของโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1.จำนวนการรายงานอุบัติการณ์	>1,000
2. ร้อยละความครอบคลุมของหน่วยงานที่มีรายงานความเสี่ยง	100%
3. สัดส่วนการรายงานอุบัติการณ์ Miss:Near miss	30:70
4. ร้อยละความทันเวลาในการรายงานความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป	100%
5. ร้อยละอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข E-I	100%
6. จำนวนการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำในระดับ E ขึ้นไปในประเด็นที่ป้องกันได้	0
7. ร้อยละข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไข	100%

Patient Safety Goals : Simple

Patient Safety Goals – PSG เป็นเป้าหมายความปลอดภัย ที่จะเชิญชวนให้เจ้าหน้าที่ทุกคนพิจารณา
นำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง ควบคู่กับการติดตามผล

Simple คือ อักษรย่อของหมวดหมู่ใหญ่ ๆ สำหรับ PSG เพื่อความง่ายในการจดจำ

S = Safe Surgery

I = Infection Control

M = Medication Safety

P = Patient care Process

L = Line Tube , Catheter

E = Emergency Response

โรงพยาบาลไพรบึงกำหนด PSG : HMSPA (Home Med SPA) ดังนี้

รายการ	SIMPLE	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ทีมรับผิดชอบ
S = Safe Surgery	Surgical safety checklist	1.อุบัติการณ์ไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติตาม checklist	0	วิสัยัญญ์
I = Infection Control	Hand hygiene	2.ล้างมือถูวิธี	100%	IC
	CAUTI prevention	3.อุบัติการณ์ไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ	0	
M = Medication Safety	Safe from ADE	4.ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการใช้สารละลายความเข้มข้นสูง	>80%	PTC
		5.อุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอันตรายจากการใช้สารละลายความเข้มข้นสูงระดับ E	5พัน/วันนอน	
		6.อุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอันตรายจากการใช้สารละลายความเข้มข้นสูงระดับ H-I	0พัน/วันนอน	
	Improve the safety of High-alert Drug	7.อุบัติการณ์ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเสี่ยงสูงระดับ E ขึ้นไป	0	
		8.ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาเสี่ยงสูง(จากการสุ่ม)	>80%	
	Look-Alike Sound-alike medication names	9. Med error จากคู่ยา LASA	ไม่เกิน 10/พันใบสั่งยา	
	Assuring Medication Accuracy at Transition in care	10. ร้อยละการทำ Medication Reconciliation	>80%	Lab
		11. อัตรา Medication error ของระบบการทบทวนการใช้ยาเดิมของผู้ป่วยใน	<5%	
	Blood safety	12. อุบัติการณ์การจ่ายเลือดผิด	0	
		13. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด	0	
		14. อุบัติการณ์การคืนเลือด	<3 ครั้ง	

รายการ	SIMPLE	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ทีมรับผิดชอบ
P = Patient care Process	Patient identification	15.ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการระบุตัวผู้ป่วย	100%	IM
	Effective communication	16.อุบัติการณ์การสื่อสารผิดพลาดระหว่างแพทย์ พยาบาล	0	RM
	Communication during patient care Handovers	17.อุบัติการณ์การรับ/ส่งข้อมูลผิดพลาด	<5 ครั้ง	Refer
	Verbal or Telephone order/communication	18.อุบัติการณ์การรับคำสั่งทางวาจา/ทางโทรศัพท์ผิดพลาด	0	RM
	Preventing Pressure Ulcer	19.อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4	0	PTC
	Prevention Patient Falls	20.อุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้ม ตกเตียง	0	PTC
L = Line Tube , Catheter	สาย Foley's catheter,สาย CAPD	21.อุบัติการณ์การต่อสาย/ท่อ/ข้อต่อผิดพลาด	0	PTC
E = Emergency Response	Response to the Deterioration Patient	22.อัตราการ CPR สำเร็จ	>50%	PTC
		23.อุบัติการณ์อุปกรณ์ช่วยชีวิตถูกเงินไม่พร้อมใช้	0	RM
	Sepsis	24.อัตรา sepsis เกิด septic shock	<10%	PTC
	Acute Coronary Syndrome	25.อัตราผู้ป่วย STEMI ที่ไม่มีข้อห้ามได้รับยา SK	100%	ER
		26.อัตราตาย Acute MI (STEMI)	0	ER
	Maternal&Neonatal Morbidity	27.อัตราการเกิด Birth asphyxia	<25/พันการเกิด มีชีพ	LR
		28.อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด	>3%	LR

ตัวอย่างแนวทางปฏิบัติตาม SIMPLE

Hand hygiene

1. จัดให้มี alcohol- based hand rubs ที่เข้าถึงได้ง่าย ณ จุดที่ให้บริการผู้ป่วย ซึ่งผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้ได้โดยไม่ต้องออกจากบริเวณที่ทำงาน
2. จัดให้มีน้ำสะอาดและสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการล้างมือ
3. ให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับวิธีการล้างมือที่ถูกต้อง
4. แสดงสื่อเตือนใจ
5. สังเกต ติดตาม และวัดระดับการปฏิบัติ

P = Patients Identification

1. สอบถาม ชื่อ – สกุลผู้ป่วย
2. ยืนยันตัวบุคคลด้วย ชื่อ – สกุลและอายุ ห้องยาเพิ่มเติมถามโรค
3. มีป้ายชื่อมือในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลผู้ป่วยไม่มีญาติ และผู้ป่วยที่ไม่รู้ชื่อตัวในห้องฉุกเฉินพร้อมรูปพรรณสัณฐาน
4. ตีคนลาก ชื่อ – สกุล อายุ HN ที่ภาชนะสิ่งส่งตรวจ และยืนยันโดยบุคคล 2 คน (คนพิมพ์สติ๊กเกอร์และคนตีคนลาก)

A = Acute Coronary Syndrome

เป้าหมาย คือ ลดและป้องกันการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีจุดเน้นที่

1. การค้นพบและประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว ด้วยการวินิจฉัยอาการ , การตรวจคลื่นหัวใจ และการใช้ blockmical cardiac marker ที่เหมาะสม
2. การให้การรักษาย่างทันทั่วทั้งที่มีประสิทธิภาพ
3. การตัดสินใจอย่างรวดเร็วในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังที่มีศักยภาพ

การจำแนกประเภท

โปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาลไฟรบิง	ทีมที่รับผิดชอบ
1. โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป/คลินิกเฉพาะโรค	ทีม PCT
2. โปรแกรมระบบIC	ทีม IC
3. โปรแกรมระบบยา	ทีม PTC
4. โปรแกรมระบบอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	ทีม ENV
5. โปรแกรมด้าน non clinical risk	
5.1 ด้านโครงสร้าง/สิ่งแวดล้อม/สาธารณูปโภค	ทีม ENV,5ส./บริหาร
5.2 ด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์/วัสดุ/เวชภัณฑ์	ทีมเครื่องมือ/ENV
5.3 ความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	คณะกรรมการบริหารรพ.
5.4 สิทธิผู้ป่วย/สิทธิการรักษา	ทีม IM
5.5 ระบบข้อมูลIT/เวชระเบียน	ทีม IM
5.6 พฤติกรรมบริการ/ข้อร้องเรียน	ทีม HRD/ทีมใกล้เคียง

แผนปฏิบัติงานประจำปี2560 งานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลไพรบึง

ลำดับ	กิจกรรม	เป้าหมาย	ระยะเวลาดำเนินการ												ผู้รับผิดชอบ
			ตค.	พย.	ธค.	มค.	กพ.	มีค.	เมย.	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.	
	ด้านการบริหารจัดการ														
1	ทบทวนคณะกรรมการดำเนินงาน	1 ครั้ง/ปี	↔												
2	ทบทวนคู่มือบริหารความเสี่ยง	1 ครั้ง/ปี	↔												
3	ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	3ครั้ง/เดือน	↔		↔				↔		↔				
4	นำเสนอแผนงาน/โครงการ	1 ครั้ง/ปี	↔												
5	RM round	1 เดือน/ครั้ง	←											→	
6	สรุปผลการดำเนินงาน	1 ครั้ง/ปี											↔		
	ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร														
7	อบรมทบทวนการบริหารความเสี่ยงทุกระดับ หน่วยงาน	1 ครั้ง/ปี			↔										
	การพัฒนาคุณภาพงาน														
8	ค้นหาและรายงานความเสี่ยง	ทุกวัน	←											→	
9	วิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์ (Incidence Report)	1 ครั้ง/เดือน	←											→	
10	ทบทวนและปรับปรุง Risk Profile	ทุก 6 เดือน	←											→	
11	ประชุมคณะกรรมการต่าง ๆ (ที่เกี่ยวกับความเสี่ยง)	1 ครั้ง/เดือน	←											→	
12	ทบทวนโปรแกรมความเสี่ยง	1ครั้ง/ปี							↔						

แผนปฏิบัติการเตรียมรับประเมินงานคุณภาพ

งานบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1	ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก	16 ธค.59	ศนิตา/วราภรณ์/ณัฐชา	
2	ทบทวน Risk Profile หน่วยงาน/โรงพยาบาล จัดทำแผนงานRM หน่วยงาน/โรงพยาบาล	23-30 ธค.59	ณัฐชา	
3	Round หน่วยงาน ทบทวนความเข้าใจการบริหารความเสี่ยงลงสู่ปฏิบัติ	4-13 มค.60	วราภรณ์/ศนิตา/ณัฐชา	
4	ทบทวน Risk โดยใช้ กระบวนการ 3 P การจัดระดับความรุนแรง	14-16 ม.ค.60	วราภรณ์/ศนิตา/ณัฐชา	
5	ทบทวน RM หน่วยงาน /RCA/ประเมินวัฒนธรรมองค์กร	17-21 ม.ค.60	วราภรณ์/ศนิตา/ณัฐชา	
6	Round หน่วยงาน สุ่มประเมินผู้ปฏิบัติ			
7	รวบรวมข้อมูล/จัดเตรียมเอกสาร			

หน่วยงาน/บริเวณที่เกิดเหตุ.....	วันที่.....เวลา.....	เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับ ☐ ผู้ป่วย/ญาติ ☐ เจ้าหน้าที่ HN.....AN.....
---------------------------------	----------------------	--

รายการเหตุการณ์ที่ต้องรายงาน กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าที่เกิดเหตุการณ์นั้น

1. ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (clinical risk) 1.1) การระบุตัวผู้ป่วย ☐ 1.1.1)ป้ายชื่อมือติดคน/ไม่มี ☐ 1.1.2)ระบุตัวติดในการเก็บส่งตรวจ ☐ 1.1.3)Flim ติดคน/ถ่าย-ส่งภาพเอกซเรย์ติดคน/ติดซ้ำ ☐ 1.1.4)รักษาผิดคน/ผิดตำแหน่ง ☐ 1.1.5)ส่งมอบ/ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด ☐ 1.1.6)ผ่าตัดติดคน/ผิดตำแหน่ง ☐ 1.1.7)ระบุตัวผิดในการให้ยา ☐ 1.1.8)ระบุตัวผิดในการให้เลือด/ผล Lab ☐ 1.1.9)ระบุข้อมูลผิดในการทำหัตถการ ☐ 1.1.10)ระบุตัวผิดในการให้สารน้ำ ☐ 1.1.11)ระบุตัวผิดใน OPD card/เวชระเบียน/โปรแกรม him-pro ☐ 1.1.12)ระบุตัวผิดป้ายปลายเตียง/ป้ายหน้าเตียง ☐ 1.1.13)อื่นๆ..... 1.2) การประเมินผู้ป่วย ☐ 1.2.1)เกิดภาวะฉุกเฉินขณะรับบริการ ☐ 1.2.2)ประเมินผู้ป่วยไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน/ไม่เหมาะสม ☐ 1.2.3)ไม่สามารถตรวจพบภาวะวิกฤตได้ทันที่ ☐ 1.2.4)เก็บส่งตรวจ 1)ผิดชนิด 2)ผิดวิธี ☐ 1.2.5)Flim/Inrequest 1)ไม่ครบ 2)หาย ☐ 1.2.6)ตรวจ Lab ไม่ครบ ☐ 1.2.7)ส่งส่งตรวจสูญหาย/เสียหาย ☐ 1.2.8)รายงานผลLab ผิดพลาด/ล่าช้า () ผิดคน () ผลผลผิด () ไม่ครบ () รอยผล Lab นานเกิน 2 ชั่วโมง ☐ 1.2.9)ไม่รายงานคำวิฤต/รายงานล่าช้า ☐ 1.2.10)ระบุข้อมูลในการรับส่งตรวจผิดพลาด InRequest จาก..... () ไม่ครบ () ผิด () ไม่เขียน Key ส่งตรวจจาก.....() ไม่ครบ() Key ผิด () ไม่ Key Sticker ป่งชี้จาก.....() เขียนไม่ครบ () เขียนผิด () ไม่เขียน Specimen จาก.....() ไม่ครบ () หาย () ผิดคน () Hemolysis () clot () ไม่พอ () ภาษาไม่เหมาะสม ☐ 1.2.11)บริการ X-ray () ผิดคน () ผิดตำแหน่ง () ซ้ำ () ฟิล์มหาย () รอฟิล์มนานเกิน30นาที ☐ 1.2.12)การวินิจฉัย () ล่าช้า () ผิดพลาด ☐ 1.2.13)คลอดในห้องรคคอด/ward ☐ 1.2.14)ซักประวัติแพทย์ () ไม่ซักประวัติ () ไม่ติดสติ๊กเกอร์แพทย์ () ไม่ส่งผู้ป่วยไปทำประวัติแพทย์	1.3) การวางแผน ☐ 1.3.1) จด/เลื่อน/หัตถการ/ผ่าตัด ☐ 1.3.2) refer โดยไม่ได้วางแผน ☐ 1.3.3)เตรียมผู้ป่วยผ่าตัดไม่พร้อม/ไม่ถูกต้อง ☐ 1.3.4)กลับมาผ่าตัดซ้ำภายใน 48ชม. โดยไม่ได้วางแผน ☐ 1.3.5)Re-admit โดยไม่ได้วางแผน() ภายใน48ชม.(ER) () ภายใน 28 วัน (IPD) ☐ 1.3.6)สำรองเลือดไม่เพียงพอ/ไม่ทันเวลา ☐ 1.3.7)ส่งผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานผิดพลาด/ล่าช้า ☐ 1.3.8)เตรียมผู้ป่วย refer ไม่พร้อม/ล่าช้า 1.4) การดูแลรักษา/หัตถการ ☐ 1.4.1)ET-tube หลุด 1.4.2) ICD หลุด/เลื่อน ☐ 1.4.2)สาย IV/foley' cath หลุด ☐ 1.4.3)ไม่ติดป้ายระบุชนิดสารน้ำ ☐ 1.4.4) ลิม off HL. ☐ 1.4.5) บาดเจ็บจากการผูกมัด 1.4.6) ผลกดทับ ☐ 1.4.7)ตกเตียง, ลื่นล้ม, ตกเปล ☐ 1.4.8)ดูแล cath/tube/drin ไม่ถูกต้อง ☐ 1.4.9)ความล่าช้าในการรักษา ☐ 1.4.10)เสียชีวิตภายใน 24 ชม.หลังadmit ☐ 1.4.11)admit/ย้ายผู้ป่วยวิกฤตเข้าห้องพิเศษ ☐ 1.4.12)ผู้ป่วยหนีหาย/สูญหาย 1.4.13)ฆ่าตัวตาย ☐ 1.4.14)ไม่สามารถแก้ไขภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม ☐ 1.4.15)ลิมเครื่องมือ/ก๊อส/ไว้ในตัวผู้ป่วย ☐ 1.4.16)CPR ล่าช้า/ผิดพลาด/อุปกรณ์ไม่พร้อม ☐ 1.4.17)ผู้ป่วยวิกฤต/ฉุกเฉินเกิดอาการไม่คงที่ขณะเคลื่อนย้าย ☐ 1.4.18)เกิดความพิการจากการรักษา ☐ 1.4.19)เสียชีวิตจากการผ่าตัด ☐ 1.4.20)การรักษาทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง/รักษาล่าช้า ☐ 1.4.21)ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ ☐ 1.4.22)บันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ ☐ 1.4.23)ความผิดพลาดจากการให้สารน้ำ ☐ 1.4.24)ติดเชื้จากการใส่ cath/tube นาน ☐ 1.4.25)การให้เลือด () หมดอายุ () ผิดกรุป () รหัส Barcode ไม่ตรง () มีภาวะแทรกซ้อน..... 1.5) การคลอด ☐ 1.5.1) ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ☐ 1.5.2) มารดา/ทารกบาดเจ็บจากการคลอด ☐ 1.5.3)มารดา/ทารกเสียชีวิตจากการคลอด ☐ 1.5.4)เสียชีวิตจากการคลอด ☐ 1.5.5)อื่นๆ.....	2. ระบบIC ☐ 2.1)จนท.สัมผัสสารคัดหลั่ง ☐ 2.2)ไม่ปฏิบัติตามหลัก UP ☐ 2.3)แยกผู้ป่วยติดเชื้อไม่เหมาะสม ☐ 2.4)ใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย (PPE) ไม่เหมาะสม ☐ 2.5)คัดแยก จัดเก็บ เคลื่อนย้ายขยะไม่ถูกต้อง ☐ 2.6)คัดแยกผ้าไม่ถูกต้อง ☐ 2.7)มีเครื่องมือ/น้ำยาทำลายเชื้อหมดอายุในหน่วยงาน ☐ 2.8)ไม่ปฏิบัติตามมาตรการปลอดเชื้อ ☐ 2.9)อื่นๆ..... 3. ระบบยา (ความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งOPD/IPD) ชื่อยา..... () 3.1 Prescribing error(คำสั่งการให้ยาผิด) () 3.2 Transcribing error (คัดลอกคำสั่งการให้ยาผิด) () 3.3 Dispensing error (จ่ายยาผิด) () 3.4 Administrative error (miss) (การบริหารยาผิด) ☐ ผิดคน ☐ ผิดชนิด ☐ ผิดขนาด ☐ ผิดวิธีใช้ ☐ ผิดจำนวน ☐ ผิดรูปแบบ ☐ ผิดวิธีทาง ☐ ผิดเวลา ☐ ผิดความเร็ว ☐ ผิดเทคนิค ☐ ไม่ครบชนิด ☐ ซ้ำซ้อน ☐ แพทย์ไม่ได้สั่ง ☐ Drug interaction ☐ ไม่ชัดเจน ☐ ไม่ครบถ้วน ☐ อื่นๆ..... () ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ 4. ระบบอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ☐ 4.1) จนท.บาดเจ็บ/อันตรายจากการปฏิบัติงาน ☐ 4.2) จนท.สัมผัส/สูดดมสารเคมีหรือสิ่งปนเปื้อน ☐ 4.3) จนท./ผู้ป่วย/ญาติ ได้รับอันตรายจาก () แสง () เสียง () ความร้อน () ไฟฟ้า ☐ 4.4) การเจ็บป่วยจากการทำงาน ☐ 4.5) อื่นๆ..... 5. โปรแกรมความเสี่ยงทั่วไป (non clinical risk) 5.1 โครงสร้าง/สิ่งแวดล้อม/สาธารณูปโภค ☐ 5.1.1) อาคารชำรุด/เสียหาย ☐ 5.1.2) แสง/เสียง/ความร้อน/ฝุ่น ☐ 5.1.3)ไฟฟ้าดับ/ไฟฟ้าตก/ไฟสำรองขัดข้อง ☐ 5.1.4)น้ำรั่วซึม/ท่วมขัง/ท่อน้ำตัน/แตก/ไม่ไหล ☐ 5.1.5)ระบบระบายอากาศ/ปรับอากาศขัดข้อง ☐ 5.1.6)ระบบแก๊สทางการแพทย์/ระบบออกซิเจน ☐ 5.1.7)ระบบไอน้ำขัดข้อง ☐ 5.1.8)ระบบโทรศัพท์ขัดข้อง ☐ 5.1.9)อาหาร () จัดผิด/ไม่ครบ () ปนเปื้อน () ไม่มีป้าย () บุค/นำเข้าเสีย () อื่นๆ..... ☐ 5.1.10)อาคารสถานที่/ความปลอดภัย/ความสะอาด ☐ 5.1.11) อื่นๆ.....
5.2) เครื่องมือ/อุปกรณ์/วัสดุ/เวชภัณฑ์ 5.2.1) เครื่องมือแพทย์ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้ 5.2.2) จนท.ใช้เครื่องมือแพทย์ไม่ถูกวิธี 5.2.3) เครื่องมือปราศจากเชื้อไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้ 5.2.4) เสื้อผ้าไม่เพียงพอ/ชำรุด/ไม่สะอาด	5.4) สิทธิผู้ป่วย/สิทธิการรักษา/พฤติกรรมบริการ 5.4.1)เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยโดยไม่ได้รับอนุญาต 5.4.2)ทำหัตถการโดยไม่ได้ให้ผู้ป่วย/ญาติเห็นชอบยินยอม 5.4.3)ผู้ป่วยไม่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค/การรักษา 5.4.4)ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งต่อตามข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม	5.5)ระบบข้อมูลIT/เวชระเบียน 5.5.1)ให้ข้อมูลสื่อสารไม่ถูกต้อง 5.5.2)ให้ข้อมูลล่าช้า/ไม่ตรงตามความต้องการ 5.5.3)ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง/ข้อมูลสูญหาย 5.5.4)ไม่มีอุปกรณ์สำรอง/แก้ไขคอมพิวเตอร์ล่าช้า

5.2.5) อุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์

5.2.6) อื่นๆ.....

5.4.5) ผู้ป่วยมีอาการทางจิต/ประสาท

5.4.6) สิทธิการรักษา () 1.ตรวจสอบสิทธิผิดพลาด () 2.คิดเงินผิด/ซ้ำ/ไม่คิดเงิน () 3.ไม่มีเอกสารตามสิทธิ () 4.ไม่สามารถหาสิทธิ () 5.ไม่จ่ายค่ารักษา () 6.ไม่ปฏิบัติตามแนวทางตรวจสอบสิทธิ/การคิดค่ารักษา 5.4.7) พฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม

5.5.5) เวชระเบียน () 1.ผิดคน () 2.ขาดตอน 5.5.6) () 3.ใบแทน () 4.ไม่ค้นบัตรนัด () 5.ไม่คืน () 6.สูญหาย () 7.ลงทะเบียนไม่ครบ/ล่าช้า () 8.ยินยอมไม่สมบูรณ์ () 9.มีเวชระเบียนซ้ำซ้อน 5.5.6) อื่นๆ.....

5.3) ความมั่นคงและปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

5.3.1) ทรัพย์สินสูญหาย

5.3.2) การทะเลาะวิวาท/ข่มขู่/ทำร้ายร่างกาย

5.3.3) โครงการ ลักขโมย

5.3.4) ภัยพิบัติ: อัคคีภัย อุทกภัย วาตภัย แผ่นดินไหว

5.3.5) อุบัติเหตุหมู่ 5.3.6) เหตุการณ์จลาจล/ประท้วง

5.3.7) อื่นๆ.....

ลักษณะการเกิดอุบัติการณ์/ระดับความรุนแรงทางคลินิก	ระดับความรุนแรงทางกายภาพ	การรายงานและการนำส่งรายงาน	แนวทางการจัดการ
☐ A = ยังไม่เกิด (เกือบพลาด)	1	Him-pro/ใบบุญ รายงานภายใน 1 เดือน	รวบรวมและดูแนวโน้มว่าจะมีความถี่สูงขึ้นหรือไม่ใน 6 เดือน
☐ B = เกิดแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย(เกือบพลาด)			
☐ C = รุนแรงน้อย ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย/ทรัพย์สินเสียหายไม่เกิน1,000บาท	2	Him-pro/ใบบุญ รายงานภายใน 7 วัน	สรุปแก้ไขส่งรายงานทุก 1 เดือน
☐ D = รุนแรงปานกลางผู้ป่วยต้องมีการเฝ้าระวัง/ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า>1,000-10,000บาท			
☐ E = รุนแรงมาก ผู้ป่วยต้องได้รับการแก้ไข/ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า >10,000-50,000บาท	3	Him-pro/ใบบุญ รายงานภายใน 72 ชม.(3วัน)	ดำเนินการหาสาเหตุและวางมาตรการการป้องกันและแก้ไข ดำเนินการหา RCAส่งสรุปแก้ไขภายใน 7 วัน
☐ F = รุนแรงมาก ผู้ป่วยนอนนานขึ้น/ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า >50,000-250,000บาท			
☐ G = รุนแรงมาก ผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ/ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า >250,000-500,000บาท	4	Him-pro/ใบบุญ รายงานภายใน 24 ชม.(1วัน)	ดำเนินการหา RCA สรุปแก้ไขนำเสนอภายใน 3 วัน
☐ H = รุนแรงมาก ต้องช่วยชีวิต/ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า >500,000-1,000,000บาท			
☐ I = รุนแรงมาก ผู้ป่วยเสียชีวิต/ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า >1,000,000บาท			

เหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel event) ต้องการรายงานให้ผู้อำนวยการรับทราบทันที ได้แก่

เหตุการณ์พึงสังวรทางคลินิก ได้แก่ ผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดข้าง ผิดคน ,การตกค้างของสิ่งแปลกปลอมในร่างกายที่เกิดจากกระบวนการรักษา,ให้เลือดผิด,เกิดความพิการจากการรักษา จากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์,ตกเตียงกระตุกหัก/เสียชีวิต (ตกเตียง,ลื่นล้ม,ตกเปล),ทารกเสียชีวิตขณะคลอด,มารดาคลอดเสียชีวิต,เสียชีวิตขณะรอตรวจ,เสียชีวิตขณะผ่าตัด,มีโรคอุบัติการณ์ใหม่ที่รุนแรงและเสี่ยงต่อการแพร่กระจาย เช่น ชาร์,เมอร์ส

เหตุการณ์พึงสังวรที่ไม่ใช่คลินิก ได้แก่ ผ่าตัวตาย,เสียชีวิตจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาล,กระโดดตึก,ข่มขืน/ข่มขู่/ทำร้าย/ฆ่า/อุบัติเหตุในโรงพยาบาล(ทะเลาะวิวาท/ข่มขู่/ทำร้ายร่างกาย),เด็กถูกลักขโมย,เด็กถูกทอดทิ้ง,ผู้ป่วยสูญหาย,โครงการ,อุบัติเหตุขณะrefer, มีเหตุจลาจล/ประท้วง,อุทกภัย อัคคีภัย ภัยพิบัติ ที่ไม่สามารถจัดการโดยแผนขั้นต้น,การหยุดชะงักของสาธารณูปโภคที่ไม่เป็นไปตามแผน

เหตุการณ์	การดำเนินการแก้ไขเบื้องต้น

ข้อเสนอแนะ.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

วันที่.....

ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่ม/งาน/ฝ่าย

วันที่.....

เอกสารติดต่อทีม RM โรงพยาบาลไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

หมายเลขหนังสือ ที่ RM...../.....	วันที่ติดต่อ.....เดือน.....พ.ศ.....
เรียน.....	เรื่อง แจ้งอุบัติการณ์ความเสี่ยง
เนื่องจากได้มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับหน่วยงาน/ทีมของท่าน รายละเอียดตาม RM เลขที่...../..... ดังนี้.....	
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการ (นางวราภรณ์ บังเอิญ)	

เรียน ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านความเสี่ยง	ตอบกลับวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
---	--------------------------------------

หน่วยงาน/ทีมงานได้ดำเนินการแก้ไขดังนี้.....

.....

.....

.....

.....

แนวทางการป้องกันในอนาคตมีดังนี้.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

หัวหน้างาน/ทีม.....

การค้นหา Risk เชิงรุก วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แผนก/งาน.....

[illegible]

บันทึกข้อมูลการทำ Root cause analysis (RCA)

หน่วยงาน.....โรงพยาบาลไพบรึง วันที่.....

เรื่อง.....ความรุนแรงระดับ ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I

ตอนที่ 1 การเตรียมข้อมูลเพื่อทำ RCA ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

1. ส่งใบรายงานอุบัติการณ์ไปที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ☐ ส่งแล้ว วันที่ ☐ ยังไม่ส่ง

2. บรรยายสรุป

2.1 เกิดอะไรขึ้น.....

2.2 เกิดที่.....

2.3 เวลาที่เกิดเหตุ.....วันที่.....

3. วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

☐ แพทย์ ☐ พยาบาล ☐ เภสัช ☐ ชันสูตร ☐ เอกซเรย์ ☐ ถ่ายภาพ ☐ โภชนากร ☐ ซ่อมบำรุง

4. เอกสารที่เกี่ยวข้อง

☐
☐
☐

ตอนที่ 2 นัดสมาชิกที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมทำ RCA วันที่เวลา.....น.

1. รายชื่อสมาชิกที่เกี่ยวข้องทำ RCA

1.1..... 1.2..... 1.3..... 1.4.....

1.5..... 1.6..... 1.7..... 1.8.....

ตอนที่ 3 หัวข้อคำถามที่ควรนำไปวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา

สาเหตุ/ความเกี่ยวข้อง	บรรยายสรุปส่วนที่เกี่ยวข้อง	กลยุทธ์/มาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ	เวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ผู้ป่วย ☐ ความซับซ้อนของโรค ☐ ความรุนแรงของโรค ☐ ภาษาและการสื่อสาร ☐ ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ☐ ขาดความรู้ / ขาดทักษะ ☐ ขาดแรงจูงใจ เหนื่อยล้า				
ผู้ปฏิบัติงาน ☐ ไม่ทำตามวิธีปฏิบัติที่มีอยู่ ☐ ลำดับความสำคัญของงาน ผิดพลาด ☐ ภาระงานมาก				
ทีมงาน/การสื่อสาร ☐ ขาดการบันทึกข้อมูลที่สำคัญ ☐ วินิจฉัยคลาดเคลื่อน ☐ ขาดการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ ☐ ปัญหาการ Consult				

ตอนที่ 3 หัวข้อคำถามที่ควรนำไปวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา

สาเหตุ/ความเกี่ยวข้อง	บรรยายสรุปส่วนที่เกี่ยวข้อง	กลยุทธ์/มาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ	เวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
สิ่งแวดล้อม / เครื่องมือ ☐ เครื่องมือ CPR ไม่พร้อม ☐ เครื่องมือชำรุด / เสีย ☐ สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ☐ มีความไม่ปลอดภัยแก่ทรัพย์สิน				
นโยบาย / ระเบียบปฏิบัติ ☐ ไม่มีแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่ชัดเจน ☐ ขาดการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่สำคัญ ☐ ขาดการสื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติ				
การนำองค์กร/หน่วยงาน ☐ ขาดการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น ☐ ไม่ให้ความสำคัญการทำตามแนวทาง				

ตอนที่ 4 สรุปผลการดำเนินงาน

- 4.1 ส่งข้อมูลกลับไปยังทีมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ☐ ยังไม่ส่ง ☐ ส่งแล้ว วันที่.....
- 4.2 สรุปจำนวนวันที่พบปฏิบัติการจนถึงการจัดส่ง RCA ☐ 3 วัน ☐ 7 วัน ☐ 1 เดือน ☐ 6 เดือน

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงานที่จัดทำ
(.....)
ตำแหน่ง.....

บัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) หน่วยงาน/ทีม..... โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ปี

[illegible]

ตารางวิเคราะห์กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk Profile)

หน่วยงาน.....

ลำดับ	รายการความเสี่ยง	มาตรการป้องกันความเสี่ยง	เครื่องชี้วัด	ลักษณะความเสี่ยง		ระดับความรุนแรง			ผลลัพธ์
				เชิงป้องกัน	เชิงแก้ไข	H	M	L	