

คู่มือการบริหาร ความเสี่ยง

โรงพยาบาลศรีสาคร



โรงพยาบาลศรีสาคร
SRISAKHORN HOSPITAL



© Srisakhorn Hospital

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
นโยบายของงานบริหารความเสี่ยง	1
เป้าหมาย	1
บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	2
คำจำกัดความ	2-3
กระบวนการบริหารความเสี่ยง	4
● ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและระบุความเสี่ยง ● ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง ● ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง ● ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและติดตาม	
ภาคผนวก	
แบบฟอร์มบัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)	
แบบฟอร์มการวิเคราะห์หาสาเหตุราก (Root cause analysis: RCA)	
วิธีการทำ Risk register	
คู่มือการใช้งาน HRMS	
● การใช้งาน HRMS: User และ Password ● สิทธิการใช้งานในระบบ ● Work Flow ระบบการรายงาน และการจัดการความเสี่ยง ของ HRMS on cloud ● สถานะของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่บันทึกลงในระบบ ● การบันทึกรายงานอุบัติการณ์ ● การยืนยัน แก้ไข และปิดเคสอุบัติการณ์ -การยืนยันอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “รอยืนยัน” -การแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข หรือ สถานะ “อยู่ระหว่างดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก” -การแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ในสถานะ “อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง”/ปิดเคส ● ระบบรายงานและการเรียกดูรายงาน ● บัญชีรหัสอุบัติการณ์ความเสี่ยงของระบบ HRMS ปี 2566	

ระบบการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลศรีสาคร

นโยบาย:

1. ทุกหน่วยงานมีการค้นหา ทบทวนและวิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงาน มีการวางมาตรการในการปฏิบัติรวมทั้งมีการเขียนแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยง และรายงานอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงที่พบต่อคณะกรรมการความเสี่ยงทุกสัปดาห์
2. บุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาลที่พบเห็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้รายงานอุบัติการณ์ในใบรายงานอุบัติการณ์ทันที ตามลำดับการรายงานอุบัติการณ์หรือความเสี่ยง
3. มีการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรเพื่อตอบสนองและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงให้เหมาะสมและสอดคล้อง
4. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ค้นหา ฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงทุกประเภทที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล รวมทั้งประสานการดำเนินงานในโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องทุกส่วนกับทุกหน่วยงาน
5. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงควบคุม และป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นในโรงพยาบาลทั้งต่อผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ ทรัพย์สิน สิ่งของ และชื่อเสียงของโรงพยาบาล
6. เมื่อมีข้อร้องเรียน ผู้ป่วยเสียชีวิต เกิดการแพ้ยาซ้ำ เหตุการณ์ความไม่สงบในโรงพยาบาล ถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญของโรงพยาบาล ต้องมีการรายงาน บันทึกรายงาน และตอบสนองข้อร้องเรียนอย่างเหมาะสมโดยเร็ว
7. มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพที่สะท้อนสถานการณ์ความเสี่ยง ระบบฝ้าระวัง และจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง

เป้าหมาย:

1. ส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาลรับรู้และเข้าใจมาตรการความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety goals)
2. รณรงค์และกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ค้นหาความเสี่ยงให้ครอบคลุมรวมทั้งสามารถจัดการและป้องกันความเสี่ยงในเชิงรุก
3. ประสานเชื่อมโยงระบบข้อมูลความเสี่ยงกับทุกทีมหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. วิเคราะห์แนวโน้มของการเกิดความเสี่ยงในแต่ละโปรแกรม หน่วยงาน และของโรงพยาบาล

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีหน้าที่

1. กำหนดนโยบายและวางแผนค้นหาความเสี่ยง
2. จัดระบบบริหารความเสี่ยง
3. วิเคราะห์ความเสี่ยงของโรงพยาบาล
4. หาโอกาสพัฒนาและฝ้าระวังป้องกัน

5. บริหารจัดการเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น
6. จัดระบบสารสนเทศ
7. การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
8. ส่งเสริม สนับสนุนเพื่อให้การบริหารความเสี่ยงเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ
9. ติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับความเสี่ยงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ความหมายและคำจำกัดความของการบริหารความเสี่ยง

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับสิ่งไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจจะแจกแจงได้ดังต่อไปนี้

1. การบาดเจ็บเสียหาย (harm) หมายความว่า ความรวมถึง การถูกทำร้าย, การทำร้ายจิตใจ, ความเจ็บป่วย, การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ, การสูญเสีย, การถูกกลั่นแกล้ง, การรบกวน, การมีบาดแผล
2. เหตุร้าย (hazard) หมายความว่า การเกิดภัยอันตราย, ภาวะยากลำบาก, และความไม่มั่นคง
3. อันตราย (danger) หมายความว่า ความรู้สึกถูกคุกคาม, ความอ่อนแอ
4. ความไม่แน่นอน (uncertain) หมายความว่า สิ่งที่ไม่สามารถ, น่าสงสัย, คาดการณ์ไม่ได้, ทำนายไม่ได้, ไม่แน่ใจ
5. การ expose (exposure) หมายความว่า ความหว่าดกลัวที่จะถูกนำเสนอ, ถูกเปิดเผย, เผยความลับ, รวมทั้งการแปลความที่ผิดพลาด

ความปลอดภัย (Safety) ความเสี่ยง (Risk) และคำที่เกี่ยวข้อง

ความปลอดภัย(Safety) หมายถึง การปราศจากภัย ซึ่งในทางปฏิบัติเป็นไปได้ที่จะขจัดภัยหรืออันตรายทุกชนิดให้หมดไปโดยสิ้นเชิง ความปลอดภัย จึงรวมถึงการปราศจากอันตรายที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นในทุกๆ ด้าน

ความปลอดภัย (Safety) หมายถึง สภาวะที่ได้รับการปกป้องจากอันตรายหรือสิ่งคุกคาม

ความเสี่ยง และ ความปลอดภัย ดูเหมือนเป็นสิ่งที่ตรงกันข้ามแต่แท้จริงแล้วเป็นสองด้านของเรื่องเดียวกัน เมื่อนำคำว่า “ความเสี่ยง” เข้ามาใช้ ทำให้เราพยายามมองหาโอกาสที่จะเกิดปัญหาต่างๆ ให้มากขึ้น ทำให้เราปรับการตั้งรับแก้ไขเหตุการณ์มาสู่การสำรวจ แก้ไข และวางมาตรการป้องกันเชิงรุกมากขึ้น อย่างไรก็ตาม คำว่า “ความเสี่ยง” ให้ความรู้สึกในเชิงชักชวนให้หลีกเลี่ยง อย่าทำ หรือทำน้อยที่สุด ในขณะที่คำว่า “ปลอดภัย” ให้ความรู้สึกในเชิงการบรรลุเป้าหมาย เมื่อเอาเป้าหมายเป็นตัวตั้ง ย่อมต้องพยายามทุกวิถีทางที่จะบรรลุเป้าหมายนั้น

ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk management) หมายถึง กระบวนการค้นหา วิเคราะห์ และควบคุมความเสี่ยง โดยมุ่งเน้นการประกันความสูญเสียจากการที่ผู้รับบริการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากแพทย์และโรงพยาบาลเป็นหลัก

เหตุเกือบพลาด (Near miss) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทันหรือด้วยความบังเอิญ

อุบัติการณ์ (Incidence) คือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนอกเหนือความคาดหมายจากการทำงานตามปกติ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากกระบวนการดูแลรักษาโดยไม่ตั้งใจ (มีเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้ว)

เหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel Events) หมายถึง เหตุการณ์สำคัญ รุนแรงและไม่พึงประสงค์เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดหมาย อาจมีผลต่อชีวิต ร่างกาย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะของผู้ป่วย หรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล (ซึ่งควรมีการเฝ้าระวังเชิงรุก)

ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical error) คือ ความล้มเหลวของการดูแลรักษาที่วางแผนไว้ หรือการวางแผนการรักษาที่ไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

- | | |
|--------------|------------------------|
| ขั้นตอนที่ 1 | การค้นหาความเสี่ยง |
| ขั้นตอนที่ 2 | การประเมินและวิเคราะห์ |
| ขั้นตอนที่ 3 | การจัดการกับความเสี่ยง |
| ขั้นตอนที่ 4 | การประเมินผล |

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาความเสี่ยง (Risk identification)

จากการรายงานอุบัติการณ์ คำร้องเรียนของผู้ป่วย อดีตที่ผ่านมา การบันทึก ประสพการณ์ วารสาร ร.พ.อื่น ทบทวน 12 กิจกรรม การทบทวนการดูแลผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียน การตรวจเยี่ยม ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินและวิเคราะห์โดยการประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

1. การประเมินความเสี่ยงในช่วงก่อนเกิดเหตุ คือ การตอบคำถามว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากเพียงใด บ่อยเท่าใด จะก่อให้เกิดความสูญเสียเท่าใด และในสถานการณ์ใดที่มีโอกาสจะเกิดมาก การมีคำตอบเหล่านี้ ทำให้สามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม
2. การประเมินความเสี่ยงในขณะเกิดเหตุ ได้แก่ กระบวนการบันทึกและปรึกษาซึ่งเริ่มต้นทันทีที่พบว่ามีความเสียหายเกิดขึ้น

การจัดทำบัญชีความเสี่ยง Risk Profile

คือ การทำบัญชีความเสี่ยงทั้งหมดที่ค้นพบ ซึ่งบัญชีนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาบ้าง แต่ไม่มากนัก สิ่งที่สำคัญก็คือจะต้องประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่าง ๆ ให้เห็นว่าอะไรคือความเสี่ยงสำคัญที่ต้องระมัดระวัง และจะต้องไม่ให้ความเสี่ยงที่พบบ่อยมาบดบังความสำคัญของความเสี่ยงที่รุนแรงและส่งผลกระทบสูง

การจัดทำบัญชีความเสี่ยง จัดความเสี่ยงได้ 2 ระดับ ดังนี้

1. บัญชีรายการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

1. **ความเสี่ยงทั่วไป (Non-Clinical risk)** หมายถึง ความเสี่ยงทั่วไปหรือโอกาสที่จะประสพกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม อัคคีภัย เครื่องมือ ข้อร้องเรียน ถ้าเป็นกระบวนการหลักก็จะเป็นความเสี่ยงเรื่อง การบริการและการบริหารจัดการ

2. **ความเสี่ยงทางคลินิก (Common Clinical risk)** หมายถึง เหตุการณ์หรือการดูแลรักษาที่อาจเกิดอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยทั่วไป รายใดก็ได้ โดยไม่ระบุจำเพาะโรค

3. ความเสี่ยงเฉพาะโรค (Specific Clinical risk) หมายถึง ความเสี่ยงใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลรักษาผู้ป่วยและอาจเกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือเสียชีวิตโดยระบุจำเพาะโรคและภาวะเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับโรคนั้นๆ

2. บัญชีรายการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

1. อันตรายที่มีต่อผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยตกเตียง น้ำเกลือหมด เคลื่อนย้ายไม่ถูกต้อง ฯลฯ
2. เสี่ยงต่อเครื่องมือ เช่น เครื่องเอกซเรย์ฟันชำรุด ฯลฯ
3. อันตรายต่อเจ้าหน้าที่ เช่น ถูกเข็มแทง ฯลฯ
4. ความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน เช่น การอ่านฟิล์มผิดหรือเห็นภาพไม่ครบถ้วน ฯลฯ

นำบัญชีความเสี่ยงมาประเมินความถี่และความรุนแรง ทำให้ทราบว่าอะไรคือความเสี่ยงที่สำคัญจริงๆที่ต้องระวัง

- มีโอกาสดังกล่าวเกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน
- เกิดบ่อยแค่ไหน
- ความสูญเสียเท่าไร
- สถานที่ใดมีโอกาสเกิดมาก?

การแบ่งระดับความรุนแรงและจัดกลุ่มความเสี่ยง

การแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยงแยกระดับตามกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยง จาก ระบบการรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศ (National Reporting and Learning System) ดังนี้

- กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก และหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goals ของ
กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป กำหนดระดับความรุนแรง เป็นระดับ A - I ตามรายละเอียดดังนี้

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
A	(เกิดที่นี้) เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเองสามารถปรับแก้ไขได้ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและผู้ป่วยหรือบุคลากร	เกือบพลาด/ความรุนแรง น้อยมาก (Near miss)
B	(เกิดที่ไกล) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งต่อเหตุการณ์/ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร	
C	(เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร แต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย	ความรุนแรงน้อย
D	(ให้ระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	
E	(ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มมากขึ้น	ความรุนแรงปานกลาง
F	(เยียวยาวนาน) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่า	

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
	ปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น	
G	(ต้องพิจารณา) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ทำให้เกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ความเชื่อถือและ/หรือมีการร้องเรียน	ความรุนแรงมาก
H	(ต้องการเฝ้าระวัง) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร มีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล	
I	(จำใจลา) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/สื่อ	ความรุนแรงมากที่สุด

- กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป ยกเว้นหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goals กำหนดและแยกระดับความรุนแรงเป็นระดับ 1 - 5 ตามรายละเอียด ดังนี้

ระดับ	คำอธิบาย	การจัดกลุ่ม
1	เป็นเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดแต่มีโอกาสเกิดและยังไม่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการหรือองค์กร	1
2	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วแต่ผู้รับบริการหรือองค์กรไม่ได้รับอันตรายหรือได้รับความเสียหาย	
3	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการหรือองค์กรแล้วทำให้เกิดอันตรายชั่วคราวหรือมูลค่าความเสียหายน้อยกว่า 50,000 บาท หรือผู้บาดเจ็บเล็กน้อย หยุดงานไม่เกิน 3 วัน	2
4	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลและองค์กรแล้วส่งผลให้เกิดอันตรายหรือพิการถาวรแก่บุคคลหรือเกิดอันตรายต่อองค์กร มูลค่าความเสียหายตั้งแต่ 50,000 ถึง 100,000 บาท หรือผู้บาดเจ็บหยุดงานไม่เกิน 1 สัปดาห์	3
5	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการหรือองค์กรส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือ/ภาพลักษณ์/ชื่อเสียง/ทรัพย์สินและการเกิดฟ้องร้องต่อองค์กรหรือมูลค่าความเสียหายมากกว่า 100,000 บาทหรือผู้บาดเจ็บหยุดงานมากกว่า 1 สัปดาห์	4

จัดกลุ่มตามระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ เพื่อใช้ในการรายงานความเสี่ยง

จัดกลุ่ม	ระดับความรุนแรงทางคลินิก	ระดับความรุนแรงทั่วไป
1.เกือบพลาด/ความรุนแรงน้อยมาก (Near miss)	A-B	1
2. ความรุนแรงน้อย	C-D	2
3.ความรุนแรงปานกลาง	E-F	3

จัดกลุ่ม	ระดับความรุนแรงทางคลินิก	ระดับความรุนแรงทั่วไป
4.ความรุนแรงมาก	G-H	4
5.ความรุนแรงมากที่สุด	I /Sentinel event	5

การประเมินความเสี่ยง เป็นการจำแนกและพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่มีอยู่โดยประเมินจากโอกาสที่จะเกิด (Likelihood) และผลกระทบ (Impact) หรือความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)

ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยงในรูปแบบ Risk matrix 5x5

ความรุนแรงของเหตุการณ์/ ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)		โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood)				
		อาจเกิด 1 ครั้ง ใน 2-5 ปี	อาจเกิด 1 ครั้ง ต่อปี	เกิดเกือบ ทุกเดือน	เกิดเกือบ ทุกสัปดาห์	เกิดเกือบ ทุกวัน
		Remote	Uncommon	Occasional	Probable	Frequent
I,5	Catastrophic (5)	5	10	15	20	25
G-H, 4	Major (4)	4	8	12	16	20
E-F, 3	Moderate (3)	3	6	9	12	15
C-D, 2	Minor (2)	2	4	6	8	10
A-B, 1	Negligible (1)	1	2	3	4	5

หมายเหตุ : สีเขียว = เสี่ยงต่ำ, สีส้ม = เสี่ยงปานกลาง, สีเหลือง = เสี่ยงสูง และสีแดง = เสี่ยงสูงมาก

ความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)	คะแนน
Negligible (น้อยมาก) = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ A-B หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 1	1
Minor (น้อย) = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ C-D หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 2	2
Moderate (ปานกลาง) = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ E-F หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 3	3
Major (มาก) = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ G-H หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 4	4
Catastrophic (มากที่สุด) = ความรุนแรงทางคลินิกระดับ I หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 5	5
โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood)	คะแนน
Remote คือ โอกาสเกิดน้อยมาก อาจเกิด 1 ครั้งใน 2-5 ปี	1
Uncommon คือ เกิดเป็นครั้งคราวในรอบปี อาจเกิด 1 ครั้งต่อปี	2
Occasional คือ มีโอกาสเกิดหลายครั้งในรอบปี เกิดเกือบทุกเดือน	3

Probable คือ มีโอกาสเกิดต่ำบ่อยในรอบเดือน เกิดเกือบทุกสัปดาห์	4
Frequent คือ มีโอกาสเกิดเกือบทุกวัน	5

เมื่อนำ ความรุนแรงของเหตุการณ์/ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence) คูณด้วย โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood) ตามตาราง Risk matrix จะได้เป็น Risk level คือระดับความสำคัญของความเสี่ยง จัดกลุ่มได้ 4 ระดับได้แก่

1. สีเขียว = ความเสี่ยงระดับต่ำ (Low risk)
2. สีเหลือง = ความเสี่ยงระดับปานกลาง (moderate risk)
3. สีส้ม = ความเสี่ยงระดับสูง (high risk)
4. สีแดง = ความเสี่ยงระดับสูงมาก (Extreme risk)

การวิเคราะห์

1. ให้แทนค่าคะแนนของโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ หรือความถี่และความรุนแรงของเหตุการณ์หรือผลที่จะเกิดตามมา โดยเปรียบเทียบจากสถิติที่กำหนด
2. นำค่าคะแนน 2 มาคูณกันในตาราง
3. นำผลคูณของค่าคะแนนที่ได้เทียบตามตาราง ว่าความเสี่ยงนั้นอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงใด (อยู่สใด)
4. หน่วยงานประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน โดยนำความเสี่ยงที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลางขึ้นไป จัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยง และรวบรวมเป็น Risk profile ของหน่วยงาน
5. หน่วยงานและองค์กร ใช้ Risk level ในการจัดทำ Risk register

วิเคราะห์หัวข้อความเสี่ยงบรรจุลงโปรแกรมความเสี่ยง 8 โปรแกรม ดังนี้

โปรแกรมความเสี่ยง	รายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ
1. การดูแลผู้ป่วยทางคลินิก	อุบัติการณ์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย, การวินิจฉัยรักษา, ความปลอดภัยของผู้ป่วย, การติดต่อสื่อสาร/การรายงานแพทย์, การคลอด, ความเสี่ยงเฉพาะโรค รวมถึงอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและห้อง x-ray, ภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด	ทีม PCT
2. การควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อ	อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เช่น ติดเชื้อที่สายสวนปัสสาวะ, ติดเชื้อที่บริเวณที่เปิด IV, เจ้าหน้าที่โดนเข็มตำ/ของมีคม	ทีม IC
3. ความคลาดเคลื่อนทางยา	อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและสารน้ำ, ความคลาดเคลื่อนทางยา	ทีม PTC
4. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม	การเปิดเผยข้อมูล/ความลับ, ไม่ให้ข้อมูล/ลงนามยินยอม, ทอดทิ้งผู้ป่วย/ปฏิเสธการรักษา, ผู้ป่วยหนี/ไม่สมัครใจอยู่, จนท.ใช้คำพูดไม่เหมาะสม/ด่า ผู้ป่วย/ญาติ	ทีม ETH
5. ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์	เครื่องมือที่จำเป็นไม่มี/ไม่พอใช้, เครื่องมือช่วยชีวิตไม่พร้อมใช้, จนท.ใช้เครื่องมือไม่ถูกวิธี/ไม่เป็น, ไม่ดูแลเครื่องมือ/เครื่องมือเสียหายขณะใช้	ทีม EQU

โปรแกรมความเสี่ยง	รายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ
	งานบาดเจ็บจากการทำงาน/อันตรายจากสารเคมี	
6.ระบบสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	อัคคีภัย/वादภัย/อุทกภัย, ไฟฟ้าดับ/ไฟช็อต, น้ำไม่ไหล/น้ำไม่สะอาด/ไม่ผ่านมาตรฐาน, ทิ้งขยะไม่ถูกที่/คัดแยกไม่ถูก/จัดเก็บไม่ถูกต้อง, พื้นลื่น/หลังคารั่ว/อาคารชำรุด,	ทีม ENV
7. การพัฒนาทรัพยากรบุคคล	เจ้าหน้าที่ขาดทักษะ สมรรถนะต่าง/ไม่ปฏิบัติตามแนวต่างๆ	ทีม HRD/MSO/NSO
8. เทคโนโลยีและสารสนเทศ	เวชระเบียนสูญหาย/หาไม่พบ, เอกสารสำคัญของหน่วยงานหาย, การบันทึกเวชระเบียนผิดคน,ออกเอกสารสำคัญให้ผู้ป่วยผิดพลาด เช่น ใบเสร็จ/ใบรับรองแพทย์/ใบส่งตัว, การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน/ผิดพลาด, ส่งเอกสารล่าช้า/ไม่ตรงหน่วยงาน/ไม่ครบหน่วยงาน,ระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ	ทีม IM

การรายงานความเสี่ยง

1. หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน
2. โปรแกรมความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลเป็นผู้จัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
3. กำหนดการรายงานตามระดับความรุนแรง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง (Action to Manage Risk)

การจัดการกับความเสี่ยง ประกอบด้วย การควบคุมความเสี่ยง และการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย
การควบคุมความเสี่ยง (Risk Control) เป็นความพยายามที่จะหยุดหรือลดความเสียหาย ซึ่งสามารถทำได้โดยใช้กลยุทธ์ 5 ประการ ดังนี้

1. **การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance)** คือ การที่บุคคลหรือองค์กร ยุติการทำหน้าที่บางอย่างที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การปิดห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลชุมชนหรือไม่มีวิสัญญีแพทย์ หรือวิสัญญีพยาบาล
2. **การพ่วงถ่ายความเสี่ยง (risk transfer)** คือ การที่มอบหมายให้บุคคล หรือองค์กรอื่นมาทำหน้าที่ที่มีความเสี่ยงแทน เช่น การส่งผู้ป่วยไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเอกซเรย์นอกสถานที่ก็เป็นการพ่วงถ่ายความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิดพลาดไปด้วย
3. **การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention)** คือ การใช้มาตรการต่างๆ เพื่อลดโอกาสที่จะลดอุบัติเหตุ หรือป้องกันความเสียหายมีหลายรูปแบบ ได้แก่
 - การปกป้อง (Protection) เช่น เสื้อตะกั่ว, กล่องใส่ของมีคม ฯลฯ
 - การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและมาตรฐานเกี่ยวกับเครื่องมือ เช่น การตรวจสอบ, การทดสอบระบบสำรอง ฯลฯ
 - การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา, การตรวจสอบอุปกรณ์และยาในรถฉุกเฉิน, การรับเงิน ฯลฯ
 - การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้ทุกคนตระหนักว่าสามารถจำกัดขอบเขตหรือป้องกันความเสี่ยงได้ด้วยวิธีใด ทำให้ทุกคนมีส่วนเป็นเจ้าของกระบวนการป้องกันความเสี่ยง
4. **การลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ (loss reduction)** คือ การแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดขึ้นตรงหน้าเพื่อบรรเทาความรุนแรงของความเสี่ยงให้น้อยลง ได้แก่ การดูแลแก้ปัญหาโดยฉับพลันด้วยความเอาใจใส่ ให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาภายใต้คำแนะนำ การสื่อสารและความเข้าใจที่ดีต่อกัน เพื่อช่วยป้องกันปัญหา การฟ้องร้อง
5. **การแบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation)** คือ การแบ่งแยกหรือจัดให้มีระบบสำรอง สำหรับทรัพยากรที่ใช้ ในการทำงาน เช่น การมีเครื่องกำเนิดไฟฟ้า 2 เครื่อง การมีเครื่องมือที่มีความเสี่ยงสูง 2 เครื่อง เช่น Defibrillator , Infusion pump การสำรองเครื่องมือต่างๆ

การบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย (Risk Financing) มีเป้าหมายที่จะจ่ายชดเชยเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้นแล้วอย่างเหมาะสม และไม่กระทบต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหายที่มิใช่ค่าเสียหาย จะเป็นผู้สรุปปัญหา นำเสนอผู้บริหารสูงสุดและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาลร่วมกันพิจารณาชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสม เพื่อให้มีการบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ กำหนดให้หน่วยงาน ทีม ครอบคลุมงาน และองค์กร จัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) และทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register)

การจัดการ และป้องกันความเสี่ยง โดยการระบุความเสี่ยงและวิธีการจัดการกับความเสี่ยง
ระดับหน่วยงาน

1. รายการความเสี่ยงของหน่วยงาน ส่งทีม RM ทุกเดือน

2. จัดทำ Risk profile ของหน่วยงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และรายงานทีม RM ตามแบบฟอร์ม
3. นำความเสี่ยงที่ค้นหาและประเมินระดับแล้วมาเรียงลำดับความสำคัญตั้งแต่ระดับ Extreme risk, High risk, moderate risk และ Low risk
4. วางแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญระดับ moderate risk ขึ้นไปโดยการระดมสมอง
 - วางแนวทางการจัดการเชิงระบบ
 - วิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Root Cause Analysis)
 - ในกรณีที่คาดว่าจะไม่สามารถจัดการได้ภายในหน่วยงานให้นำเสนอต่อผู้บังคับบัญชาเพื่อนำไปหาแนวทาง จัดการในระดับคณะกรรมการคร่อมสายงาน เช่น PCT ENV IC ต่อไป
5. นำข้อมูลมาสรุปจัดทำคู่มือสำหรับบุคลากรในหน่วยงาน ในการป้องกันและจัดการความเสี่ยง
6. เผื่อระวังและติดตามการดำเนินงานโดยดูจากรายงานอุบัติการณ์ และเครื่องชี้วัดที่มีการเก็บข้อมูล
7. ทบทวนคู่มือ และมาตรการที่จัดทำไว้เป็นระยะ ๆ และเมื่อเกิดความเสี่ยงที่มีระดับผลกระทบรุนแรง
8. จัดทำ Risk register สำหรับความเสี่ยงระดับ high risk ขึ้นไป หรือความเสี่ยงที่เกิดบ่อยแล้วต้องการติดตาม

ระดับโรงพยาบาล

1. ทีม RM รวบรวมความเสี่ยงของทั้งองค์กร และจัดทำ Hospital risk profile อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมป้องกันความเสี่ยง
3. ติดตามให้มีการแก้ไขความเสี่ยงของโรงพยาบาล
4. จัดทำ Risk register ของโรงพยาบาล วางแนวทาง/มาตรการการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ

แนวทางการจัดการกับความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง		ระดับความเสี่ยง	การจัดการแก้ปัญหา
ความเสี่ยงทั่วไป	ความเสี่ยงทางคลินิก		
1	A - B	Low Risk	จัดทำแนวทาง/คู่มือการปฏิบัติงาน
2	C - D	Moderate Risk	การพัฒนาคุณภาพงานโดยใช้ความคิดสร้างสรรค์(CQI)
3	E - F	High Risk	ใช้การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบทุกปัญหา (RCA)
4-5	G - I	Extreme risk	ใช้การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบทุกปัญหา (RCA)

มาตรการป้องกันหรือควบคุมความเสี่ยง

1. มาตรการป้องกัน

- เตรียมคน / เครื่องมือ / ข่าวสาร อย่างไรบ้าง
- มีวิธีปฏิบัติที่รัดกุมอย่างไร
- ควบคุมกระบวนการทำงานอย่างไร
- ตรวจสอบที่จุดใด

2. แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา

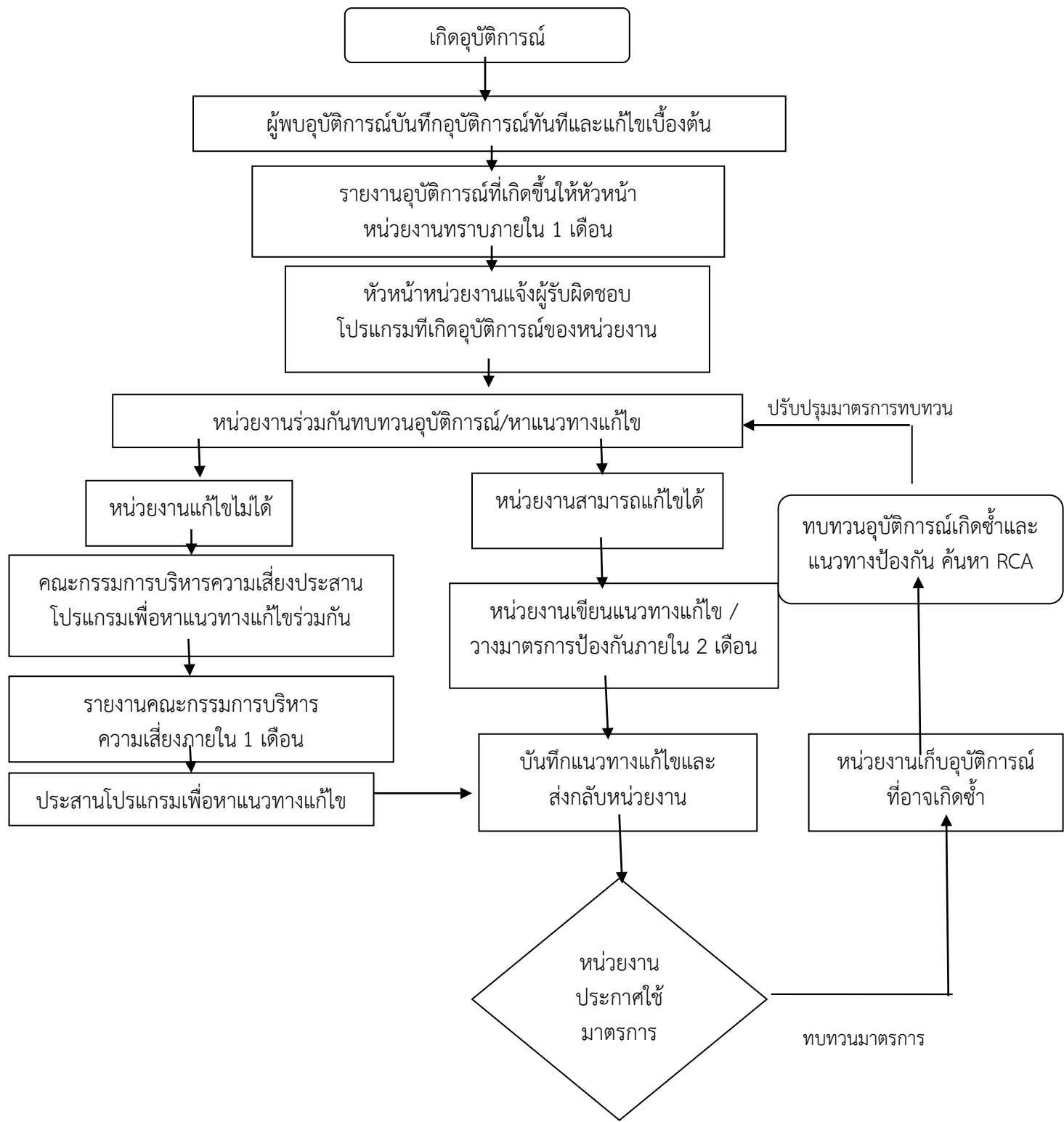
- ตรวจพบปัญหาเร็วที่สุดอย่างไร โดยใคร
- เมื่อพบปัญหาจะดำเนินการอย่างไร ใครรับผิดชอบ
- รายงานสถานการณ์ให้ผู้บริหารทราบถึงระดับใด

แนวทางในการรายงานและจัดการความเสี่ยงตามลักษณะการเกิดอุบัติการณ์ และระดับของความรุนแรง ดังนี้

การรายงานและจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงทั่วไป (ระดับ A-B, 1)

1. เมื่อเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลพบอุบัติการณ์ที่เป็นความเสี่ยงระดับ A-B และระดับ 1 ของแต่ละหน่วยงานให้ลงบันทึกความเสี่ยงทันทีพร้อมทั้งแก้ไขปัญหาละเลยและรายงานหัวหน้างานภายใน 1 เดือนและจัดทำมาตรการการแก้ไขป้องกันความเสี่ยงภายใน 2 เดือน
2. ผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน นำอุบัติการณ์มาทบทวนในหน่วยงาน และรายงานคณะกรรมการการบริหารความเสี่ยงเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อทบทวนและพิจารณาหาแนวทางแก้ไข
3. หากอุบัติการณ์หน่วยงานไม่สามารถแก้ไขได้ ให้รายงานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเพื่อประสานงานกับโปรแกรมที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหและบันทึกการดำเนินการแก้ไขปัญห และสรุปรายงานความเสี่ยง และแนวทางการแก้ปัญหา รวมทั้งนำเสนอมาตรการป้องกันความเสี่ยง ต่อคณะกรรมการที่มนำระดับโรงพยาบาล (เดือนละ 1 ครั้ง)
4. หากเกิดอุบัติการณ์ซ้ำให้หน่วยงานร่วมกันค้นหา RCA ทบทวนมาตรการการป้องกันเดิมและปรับปรุงแก้ไขมาตรการให้เหมาะสม

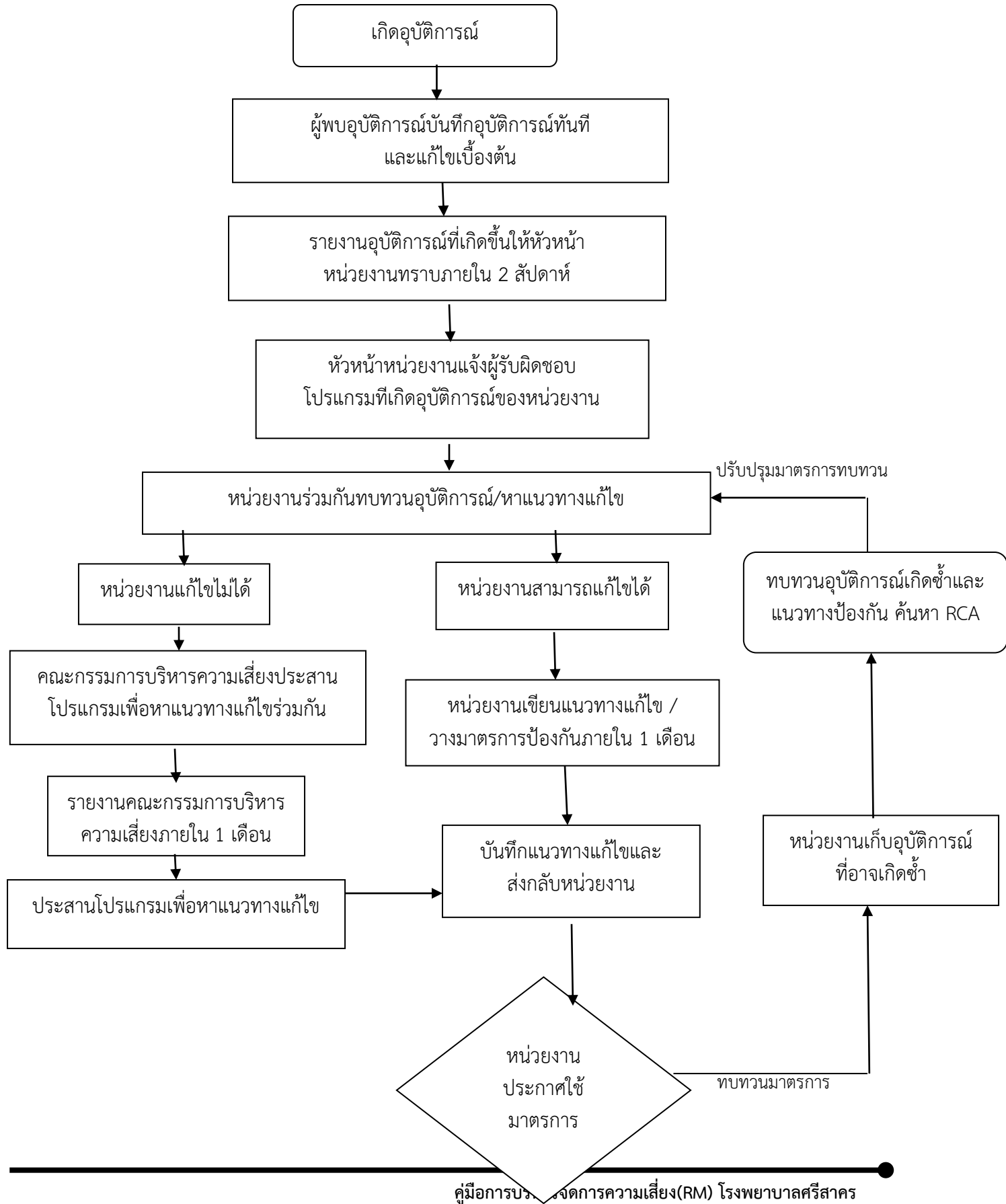
การรายงานและจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงทั่วไป (ระดับ A-B, 1)



การรายงานและจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงระดับปานกลาง (ระดับ C-D, 2)

1. เมื่อเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลพบอุบัติการณ์ที่เป็นความเสี่ยงระดับ C-D และระดับ 2 ของแต่ละหน่วยงานให้ลงบันทึกความเสี่ยงทันทีพร้อมทั้งแก้ไขปัญหาละเลยต้นและรายงานหัวหน้างานภายใน 2 สัปดาห์และจัดทำมาตรการการแก้ไขป้องกันความเสี่ยงภายใน 1 เดือน
2. ผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน นำอุบัติการณ์มาทบทวนในหน่วยงาน และรายงานคณะกรรมการการบริหารความเสี่ยงเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อทบทวนและพิจารณาหาแนวทางแก้ไข
3. หากอุบัติการณ์หน่วยงานไม่สามารถแก้ไขได้ ให้รายงานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเพื่อประสานงานกับโปรแกรมที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหและบันทึกการดำเนินการแก้ไขปัญห และสรุปรายงานความเสี่ยง และแนวทางการแก้ปัญหา รวมทั้งนำเสนอมาตรการป้องกันความเสี่ยง ต่อคณะกรรมการที่นำระดับโรงพยาบาล (เดือนละ 1 ครั้ง)
4. หากเกิดอุบัติการณ์ซ้ำให้หน่วยงานร่วมกันค้นหา RCA ทบทวนการป้องกันเดิมและปรับปรุงแก้ไขมาตรการให้เหมาะสม

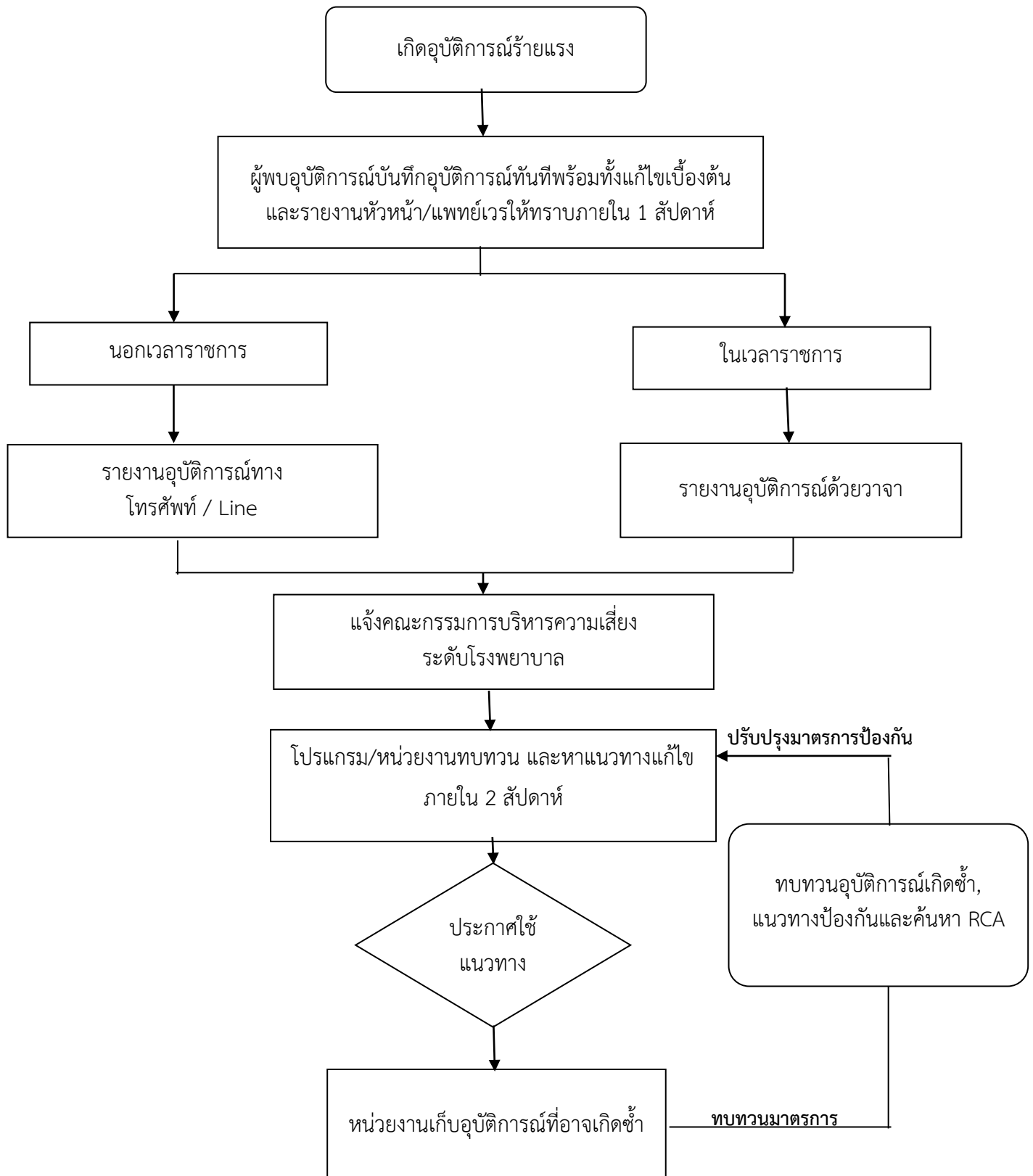
การรายงานและจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงระดับปานกลาง (ระดับ C-D, 2)



การรายงานและจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงรุนแรง (ระดับ E-F, 3)

1. เมื่อเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลพบอุบัติการณ์ที่เป็นความเสี่ยงร้ายแรงให้รายงานโดยวาจา โทรศัพท์ และเขียนใบบันทึกอุบัติการณ์ส่งหัวหน้างานทันที
2. หัวหน้างานจัดการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และรายงานคณะกรรมการการบริหารความเสี่ยงภายใน 1 สัปดาห์เพื่อทบทวนและพิจารณาหาแนวทางแก้ไข
3. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ประสานงานกับโปรแกรมที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา และบันทึกการดำเนินการแก้ไขปัญหา
4. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง สรุปรายงานความเสี่ยงและแนวทางการแก้ปัญหา รวมทั้งนำเสนอมาตรการป้องกันความเสี่ยงต่อคณะกรรมการที่มึนาระดับโรงพยาบาลภายใน 2 สัปดาห์ เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงและจัดอันดับความรุนแรงของความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
5. หากเกิดอุบัติการณ์ซ้ำให้หน่วยงานค้นหา RCA ทบทวนมาตรการป้องกันเดิมร่วมกับที่มนาระดับโรงพยาบาล และปรับปรุงแก้ไขมาตรการให้เหมาะสม

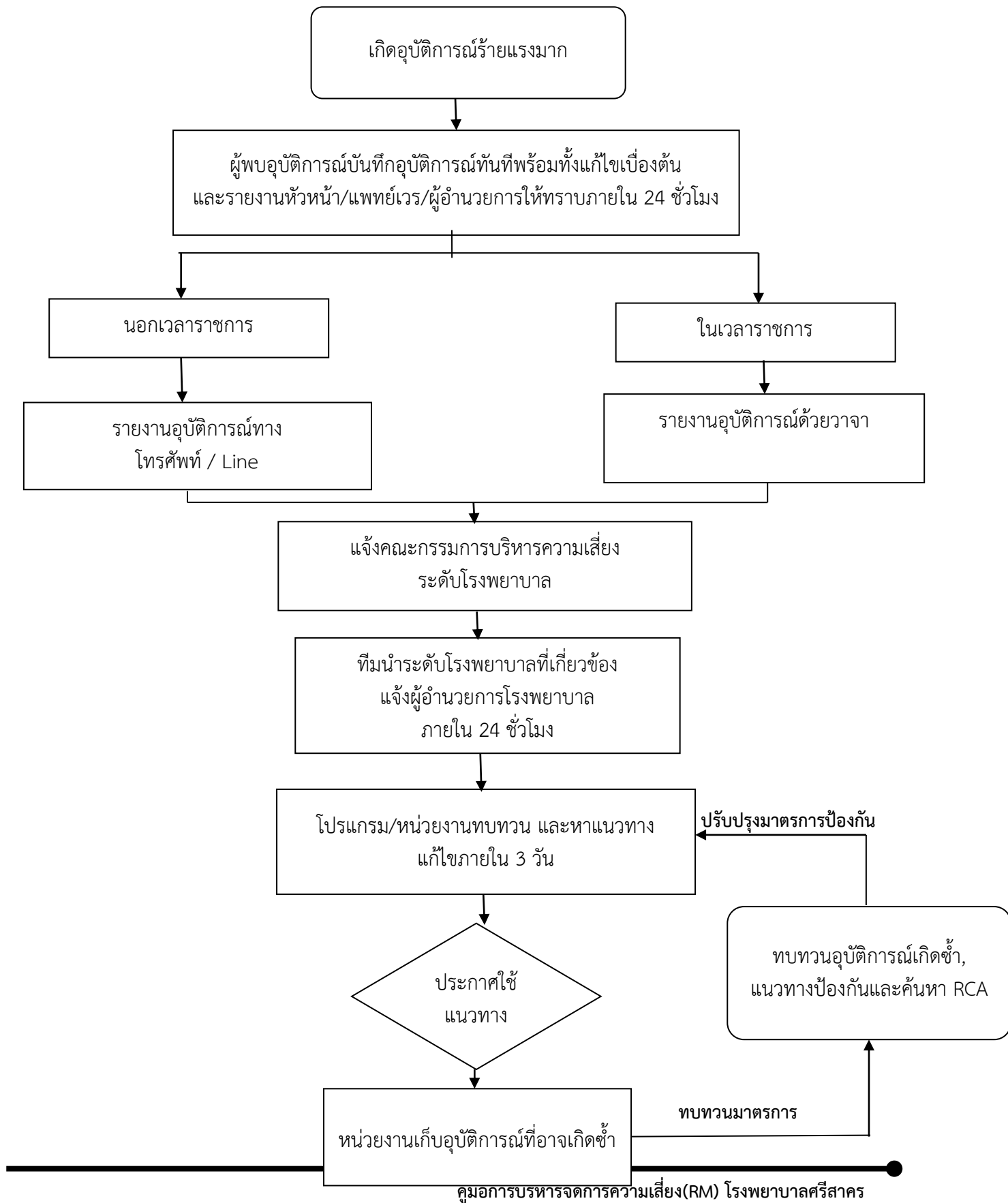
การรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงรุนแรง (ระดับ E-F,3)



การรายงานและจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงรุนแรงมาก (ระดับ G-H,4)

1. เมื่อเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลพบอุบัติการณ์ที่เป็นความเสี่ยงร้ายแรงมากให้รายงานโดยวาจา โทรศัพท์ และเขียนใบบันทึกอุบัติการณ์ส่งหัวหน้างานทันที
2. หัวหน้างานจัดการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และรายงานผู้อำนวยการและคณะกรรมการการบริหารความเสี่ยงภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อทบทวนและพิจารณาหาแนวทางแก้ไข
3. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ประสานงานกับโปรแกรมที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา และบันทึกการดำเนินการแก้ไขปัญหา
4. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงรายงานผู้อำนวยการโดยตรงเพื่อพิจารณาเรื่องและเสนอแนวทางการแก้ไขภายใน 24 ชั่วโมง
5. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง สรุปรายงานความเสี่ยงและแนวทางการแก้ปัญหา รวมทั้งนำเสนอมาตรการป้องกันความเสี่ยงต่อคณะกรรมการที่มำระดับโรงพยาบาลภายใน 7 วัน เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงและจัดอันดับความรุนแรงของความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
6. หากเกิดอุบัติการณ์ซ้ำให้หน่วยงานค้นหา RCA ทบทวนมาตรการป้องกันเดิมร่วมกับที่มำระดับโรงพยาบาล และปรับปรุงแก้ไขมาตรการให้เหมาะสม

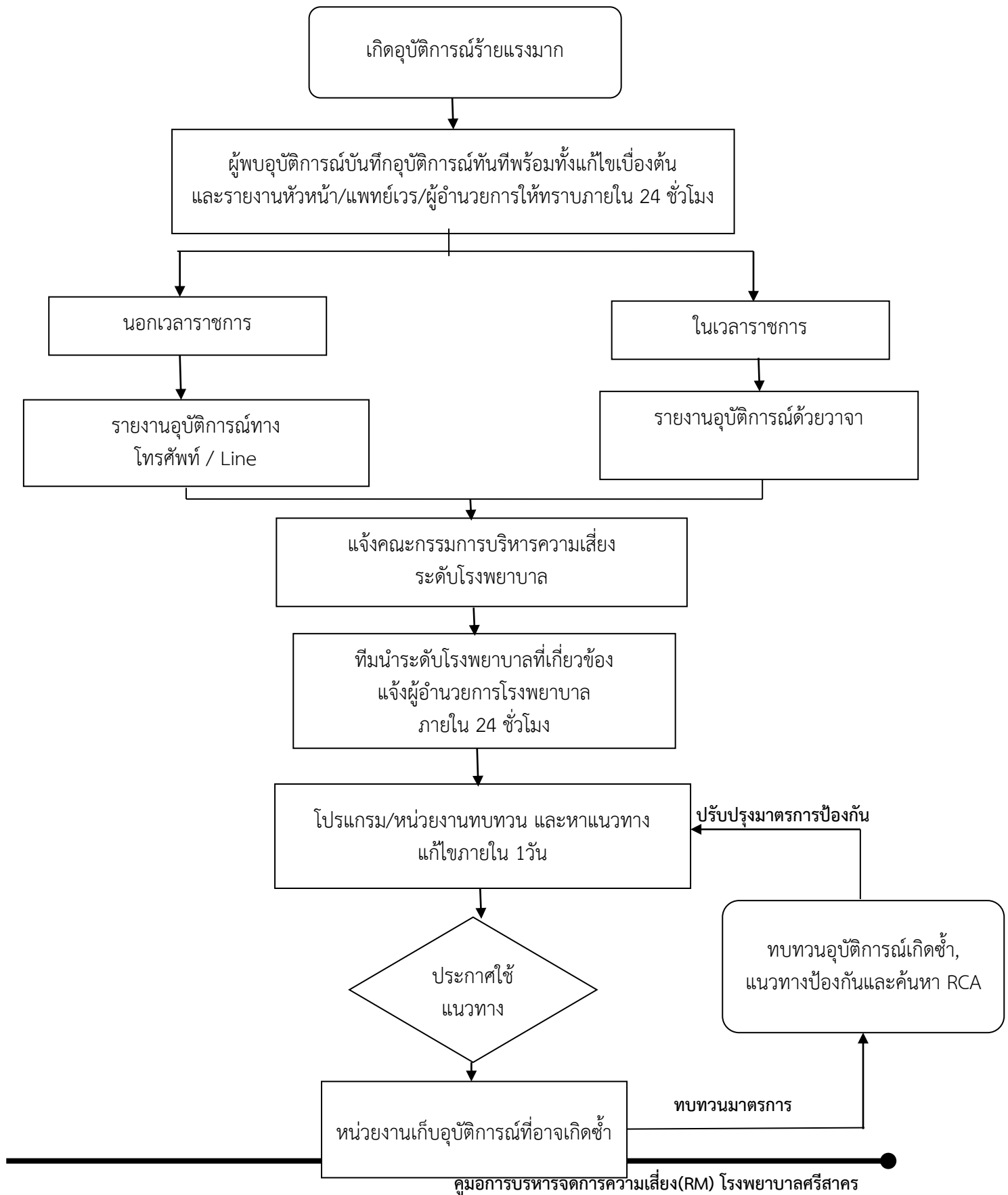
การรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงรุนแรงมาก (ระดับ G-H,4)



การรายงานและจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือความเสี่ยงรุนแรงมาก (ระดับ 1,5)

1. เมื่อเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลพบอุบัติเหตุที่เป็นความเสี่ยงร้ายแรงมากให้รายงานโดยวาจา โทรศัพท์ และเขียนใบบันทึกอุบัติเหตุส่งหัวหน้างานทันที
2. หัวหน้างานจัดการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และรายงานผู้อำนวยการและคณะกรรมการการบริหารความเสี่ยงภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อทบทวนและพิจารณาหาแนวทางแก้ไข
3. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ประสานงานกับโปรแกรมที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา และบันทึกการดำเนินการแก้ไขปัญหา
4. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงรายงานผู้อำนวยการโดยตรงเพื่อพิจารณาเรื่องและเสนอแนวทางการแก้ไขภายใน 24 ชั่วโมง
5. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง สรุปรายงานความเสี่ยงและแนวทางการแก้ปัญหา รวมทั้งนำเสนอมาตรการป้องกันความเสี่ยงต่อคณะกรรมการที่มำระดับโรงพยาบาลภายใน 3 วัน เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงและจัดอันดับความรุนแรงของความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
6. หากเกิดอุบัติเหตุซ้ำให้หน่วยงานค้นหา RCA ทบทวนมาตรการป้องกันเดิมร่วมกับที่มำระดับโรงพยาบาล และปรับปรุงแก้ไขมาตรการให้เหมาะสม

การรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงรุนแรงมาก (ระดับ 1,5)



ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล และติดตาม

การประเมินผล หมายถึง การนำเหตุการณ์ และความสูญเสียที่เกิดขึ้น มาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการที่ใช้ป้องกันความเสี่ยง ซึ่งสิ่งที่จะต้องประเมินได้แก่

- การติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน/ทุกไตรมาส/ทุกปี
- การประเมินผลระบบบริหารความเสี่ยงทั้งระบบ
- การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
- การทบทวนความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
- มีการส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงกลับสู่หน่วยงานและเจ้าหน้าที่

ตัวชี้วัดการบริหารจัดการความเสี่ยง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1	จำนวนครั้งของการรายงานอุบัติการณ์(ภาพรวม)	ครั้ง
2	สัดส่วนของการรายงานอุบัติการณ์ต่อการรายงานเหตุเกือบพลาด	Near miss มากกว่า Miss ร้อยละ 50
3	จำนวนครั้งของการรายงานอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E-I	ครั้ง
4	ร้อยละการนำอุบัติการณ์มาทำ RCA ตามเกณฑ์	100
5	อัตราเกิดอุบัติการณ์ร้ายแรงระดับ G-I/4-5 ที่เกิดซ้ำ	เท่ากับ 0

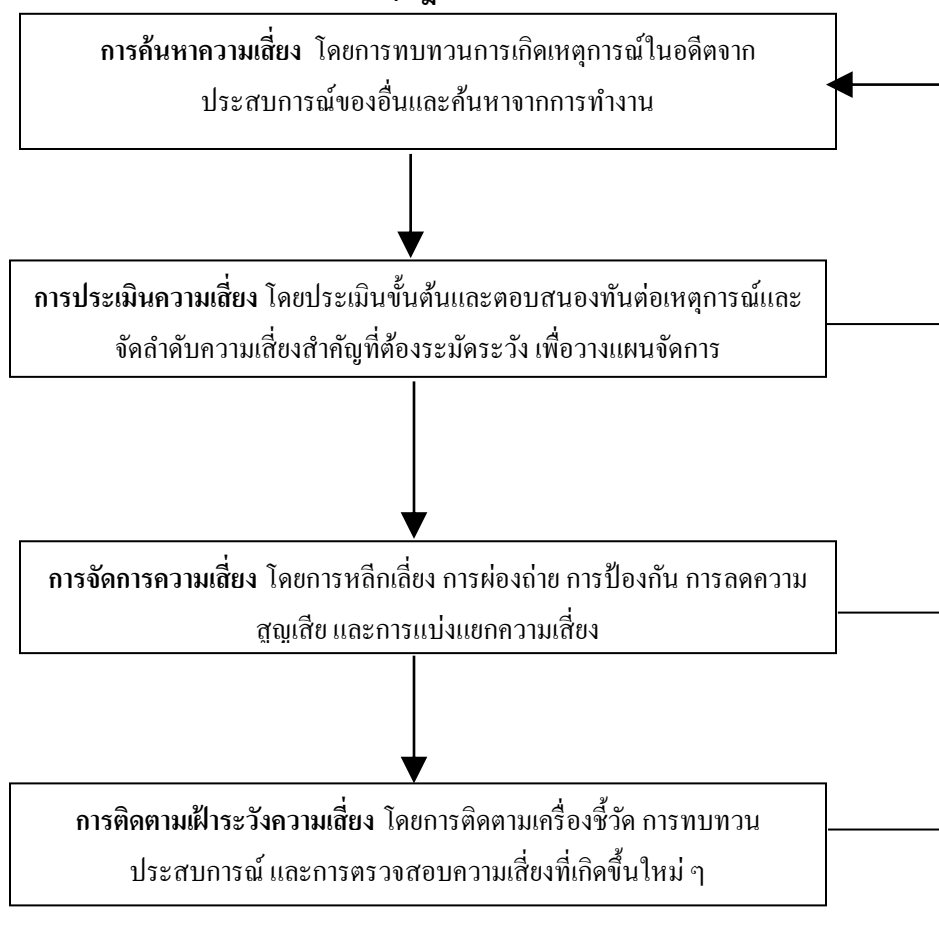
ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Evaluation) โดยใช้วงจร PDCA

เป็นการสรุปมาตรการการจัดการกับความเสี่ยงทั้งหมดที่ได้ดำเนินการไป โดย

1. ตรวจสอบว่าการจัดการกับความเสี่ยง/การป้องกันนั้นเพียงพอหรือไม่ อย่างน้อย 6 เดือน/ครั้ง
2. หาอัตราอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและเงินที่ต้องชดเชยเทียบกับอดีตและทั่วไป
3. กิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่ได้ดำเนินไปในรอบปีและค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ
4. ประเมินความตระหนักและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ ภายใต้สมมติฐานว่าทุกคนคือ ผู้จัดการความเสี่ยง
5. ปรับปรุงมาตรการให้เหมาะสมและนำไปใช้

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ ได้เสนอกรอบแนวคิดของการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของการบริหารความเสี่ยงตามแนวทาง HA



ภาคผนวก

สรุปรายการอุบัติการณ์ทุก 6 เดือน
หน่วยงาน โรงพยาบาลศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส

ลำดับ	รายการอุบัติการณ์	เดือน(จำนวนครั้งที่พบ) ปี												รวม 6 เดือน		ได้รับการแก้ไข
		ต.ค	ระดับ	พ.ย	ระดับ	ธ.ค	ระดับ	ม.ค	ระดับ	ก.พ	ระดับ	มี.ค	ระดับ	จน.	ระดับ	

สรุปรายการอุบัติการณ์ทุก 6 เดือน
หน่วยงาน โรงพยาบาลศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส

ลำดับ	รายการอุบัติการณ์	เดือน(จำนวนครั้งที่พบ) ปี												รวม 6 เดือน		ได้รับการแก้ไข
		เม.ย	ระดับ	พ.ค	ระดับ	มิ.ย	ระดับ	ก.ค	ระดับ	ส.ค	ระดับ	ก.ย	ระดับ	จน.	ระดับ	

บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)

หน่วยงาน.....โรงพยาบาลศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส ประจำปี.....

จัดทำรายการความเสี่ยง=ความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน (ค้นหาทั้งความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น: ยังไม่เกิด และความเสี่ยง/อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว)

วิเคราะห์ ประเมินความเสี่ยง และการจัดระดับความเสี่ยง (ประเมินโอกาสเกิด ผลกระทบ จัดระดับความสำคัญตามตาราง risk matrix และนำมาวาง

มาตรการป้องกัน/แก้ไขเรียงลำดับตาม Risk level จากสูงมากไปต่ำ เติมสีเพื่อแยกให้ชัดเจน *สีเขียว=ต่ำ Low risk, สีเหลือง=ปานกลาง moderate risk, สีส้ม=สูง high risk, สีแดง= สูงมาก Extreme risk)

ลำดับ	รายการความเสี่ยง	การประเมินความเสี่ยง			ระดับ ความเสี่ยง Risk level*	มาตรการควบคุม/ป้องกัน/แก้ไขความเสี่ยง
		โอกาส (ความถี่) 1-5	ผลกระทบ (ความรุนแรง) 1-5	ผลคูณ 1-25		
ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical risk)						
1	จัดยาผิดชนิด (ตัวอย่าง)	5	1	5	ปานกลาง	1. เจ้าหน้าที่อ่านฉลากให้ครบถ้วนก่อนจัดยา เช็ครีบกิ่งหลังจัดยาเสร็จ 2. ชื่อยาในฉลากอ่านง่าย แยกความแตกต่างได้ 3. มีป้ายเตือน LASA และจัดชั้นวางยา LASA ให้ห่างกัน
2						
3						
ความเสี่ยงด้านทั่วไป (Non-clinical risk)						
1						
2						
3						

แบบบันทึกการวิเคราะห์หาสาเหตุราก (Root cause analysis: RCA)

หน่วยงาน/ทีมผู้รับผิดชอบหลัก.....

หน่วยงาน/วิชาชีพ/ทีมที่เกี่ยวข้อง.....

เรื่อง (เหตุการณ์สำคัญ).....

เลขอุบัติการณ์ใน HRMS..... วันที่เกิดเหตุ..... ระดับความรุนแรง.....

รายชื่อผู้ร่วมทบทวน วันที่..... สถานที่.....

1)..... ตำแหน่ง

2)..... ตำแหน่ง.....

3)..... ตำแหน่ง.....

4)..... ตำแหน่ง.....

5)..... ตำแหน่ง.....

สรุปข้อมูลเหตุการณ์ (เกิดไรขึ้น เมื่อไร ที่ไหน ผลที่เกิดขึ้น การแก้ไขเบื้องต้น เหตุการณ์หลังการแก้ไขเบื้องต้น ร้อยเรียงเรื่องราวเหตุการณ์สำคัญ ความเสี่ยงด้านคลินิกระบุผู้ป่วย HN.....AN.....)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	สรุปวิเคราะห์สาเหตุส่วนที่เกี่ยวข้อง
ผู้ป่วย เช่น ☐ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ☐ ความรุนแรง/ระยะของโรค ☐ การรักษาที่ได้มาก่อนหน้า ☐ ภาษาและการสื่อสาร ☐ ความเชื่อ, ความรู้, แรงใจ	
ผู้ปฏิบัติงาน เช่น ☐ ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่มีอยู่ ☐ ขาดความรู้/ทักษะ ☐ ละทิ้งหน้าที่ ☐ ความอ่อนล้า สุขภาพกาย/ใจ ☐ ภาระงานมาก	

สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	สรุปวิเคราะห์สาเหตุส่วนที่เกี่ยวข้อง
กระบวนการดูแลผู้ป่วย/ กระบวนการทำงาน เช่น ☐ การเข้าถึง/ประเมิน ☐ การวางแผน/ดูแลผู้ป่วย ☐ การให้ข้อมูลเสริมพลัง ☐ การดูแลต่อเนื่อง ☐ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	
การสื่อสาร เช่น ☐ ไม่ได้สื่อสารกับทีมที่เกี่ยวข้อง ☐ ขาดการบันทึกข้อมูลสำคัญ ☐ ปัญหาการ consult ☐ ขาดการส่งต่อข้อมูลสำคัญ	
อุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น ☐ ไม่มีอุปกรณ์/เครื่องมือจำเป็น ☐ เครื่องมือไม่เพียงพอ ☐ เครื่องมือชำรุด ไม่พร้อมใช้ ☐ ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ	
อาคาร/สถานที่/สิ่งแวดล้อม เช่น ☐ สถานที่ไม่เหมาะสม ☐ สิ่งแวดล้อมไม่เอื้อต่อการรักษา	
การนำองค์กร/หน่วยงาน เช่น ☐ ขาดการสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณที่จำเป็น ☐ โครงสร้างองค์กร การบังคับบัญชา	
ปัจจัยด้านอื่น ๆ	

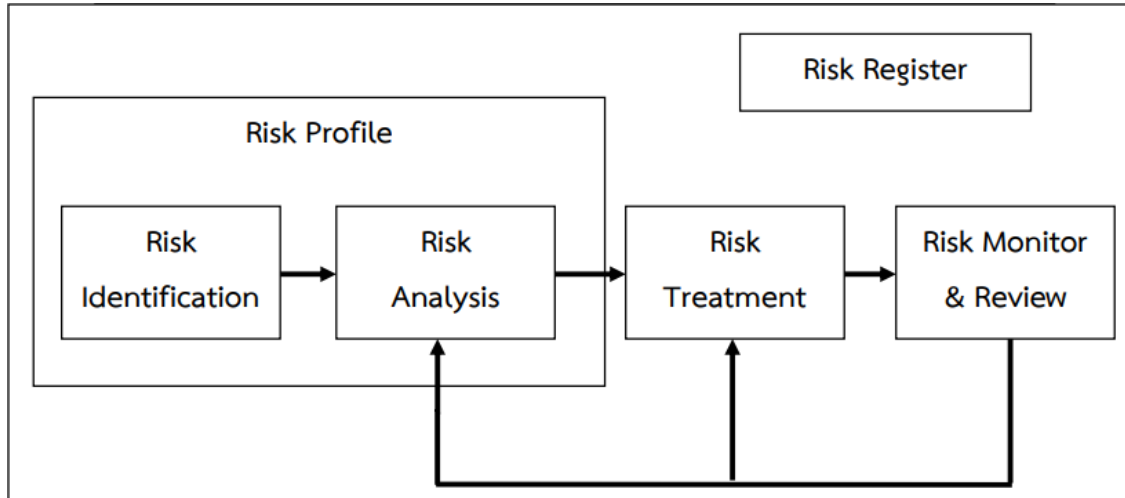
สรุปมาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ หรือการออกแบบระบบงานใหม่

มาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ/ระบบงานใหม่	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
แผนระยะสั้น		
แผนระยะยาว		

วิธีการทำ Risk register

ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register) หมายถึง เอกสารที่ช่วยในการบริหารจัดการความเสี่ยงให้ครอบคลุมทุกขั้นตอน พร้อมทั้งมีการวางแผนในการป้องกัน การจัดการและประเมินผล เพื่อให้การบริหารจัดการความเสี่ยงมีชีวิต มีพลวัตรเห็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่เป็นระบบ

ทุกหน่วยงาน/ทีมจัดทำ Risk Register (ทะเบียนจัดการความเสี่ยง) ผ่านโปรแกรม Excel อย่างน้อยปีละครั้ง



Risk register ประกอบด้วย 4 ส่วน และมีรายละเอียดการจัดทำ ดังนี้

1. Risk Identification

Risk Identification			
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition
เป็นการระบุ ลำดับที่ของ ความเสี่ยงที่ นำเข้า (โดย ระบุเป็น หน่วยงาน แล้วตามด้วย ลำดับ)	ระบุวันที่นำ ความเสี่ยงเข้าทำ Risk register เช่น 1 ตุลาคม 2565	ระบุชื่อความเสี่ยงและ เหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์เช่น แพทย์ชำ คกเตียง Unplane cpr (หาได้จากคู่มือ HRMS)	เป็นการให้คำนิยามของความเสี่ยงเช่น PPH คือการตก เลือดหลังคลอดมากกว่า 500 ซีซี

การขึ้นทะเบียนความเสี่ยง ใช้ชื่อหรือลักษณะความเสี่ยงเป็นฐาน มิใช่อุบัติการณ์แต่ละครั้ง
การระบุความเสี่ยง ไม่จำกัดเฉพาะอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น แต่ควรวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ไม่เคยเกิด แต่มีโอกาสเกิดได้

2. Risk Analysis เป็นการวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิด (likelihood) และความรุนแรงหรือผลที่จะตามมา (consequence)

Risk Analysis		
Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level
1-5	1-5	
โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงตามเกณฑ์	ระดับของผลกระทบหรือความรุนแรงตามเกณฑ์การประเมิน Matrix ของโรงพยาบาล	ระดับคะแนนที่เราใช้วิธีการคูณได้ตามเกณฑ์การประเมิน Matrix แทนด้วยสี

ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยงในรูปแบบ Risk matrix 5x5 ของโรงพยาบาลศรีสาคร

ความรุนแรงของเหตุการณ์/ ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence)		โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood)				
		อาจเกิด 1 ครั้งใน 2-5 ปี	อาจเกิด 1 ครั้งต่อปี	เกิดเกือบทุกเดือน	เกิดเกือบทุกสัปดาห์	เกิดเกือบทุกวัน
		Remote (1)	Uncommon (2)	Occasional (3)	Probable (4)	Frequent (5)
I, 5	Catastrophic (5)	5	10	15	20	25
H, 4	Major (4)	4	8	12	16	20
G, 3	Moderate (3)	3	6	9	12	15
E-F, 2	Minor (2)	2	4	6	8	10
A-D, 1	Negligible (1)	1	2	3	4	5

*สีเขียว=Low risk, สีเหลือง=moderate risk, สีส้ม=high risk, สีแดง=Extreme risk

สีแดง เป็นความเสี่ยงที่ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุกครั้งที่เกิดอุบัติการณ์หรืออย่างน้อยทุก 3 เดือน

สีส้ม เป็นความเสี่ยงที่ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุก 3 เดือน

สีเหลือง เป็นความเสี่ยงที่ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุก 6 เดือน

สีเขียว เป็นความเสี่ยงที่ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุกอย่างน้อยทุกปี

3. Risk Treatment Plan

Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง เพื่อถ่ายโอนความเสี่ยงหรือวิธีการป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัดในการติดตาม/การติดตามอุบัติการณ์	การบรรเทาความเสียหาย เช่นการ ใช้ม.41การเจรจา หรือการให้การ รักษาเพื่อบรรเทาผลกระทบจากอุบัติการณ์ให้ลดลงให้บรรเทาผล	การหาวิธีการใหม่ ๆ คำตอบใหม่เพื่อให้การป้องกัน การเกิดอุบัติการณ์นั้น หรือทำให้ดีขึ้น หรือEvidense based ใหม่เพื่อลด ป้องกันการเกิดอุบัติการณ์

- **Risk Prevention** กำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม หมายถึง มาตรการป้องกันที่เราใช้ในปัจจุบัน ระบุมาตรการป้องกันที่ความเฉพาะเจาะจงกับความเสี่ยงนั้นๆ
- **Risk monitor** เป็นการกำหนดว่าจะเฝ้าติดตามตัววัดหรือข้อมูลอะไรเพื่อให้สามารถตรวจพบความเสี่ยงได้ไวยิ่งขึ้น
- **Risk mitigation** หมายถึง การปฏิบัติและหรือกระบวนการดูแลที่บรรเทาความรุนแรงความเสียหาย ถ้าเกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น
- **QI Plan** เพื่อหาคำตอบใหม่ ๆ หรือทำให้ดีขึ้น (มาตรการใหม่) หมายถึง ขั้นตอนใหม่หรือสิ่งใหม่ที่เราต้องการพัฒนาขึ้น เพื่อลดโอกาสเกิด ลดความรุนแรงของความเสี่ยงที่นำมาขึ้นทะเบียน อีกทั้งสิ่งที่ต้องการสร้างขึ้นใหม่ต้องสัมพันธ์กับผลการทบทวน ใน result of review เมื่อนำ QI plan ไปปฏิบัติในไตรมาสถัดไปจะกลายเป็นมาตรการป้องกัน

4. Risk Monitoring & Review

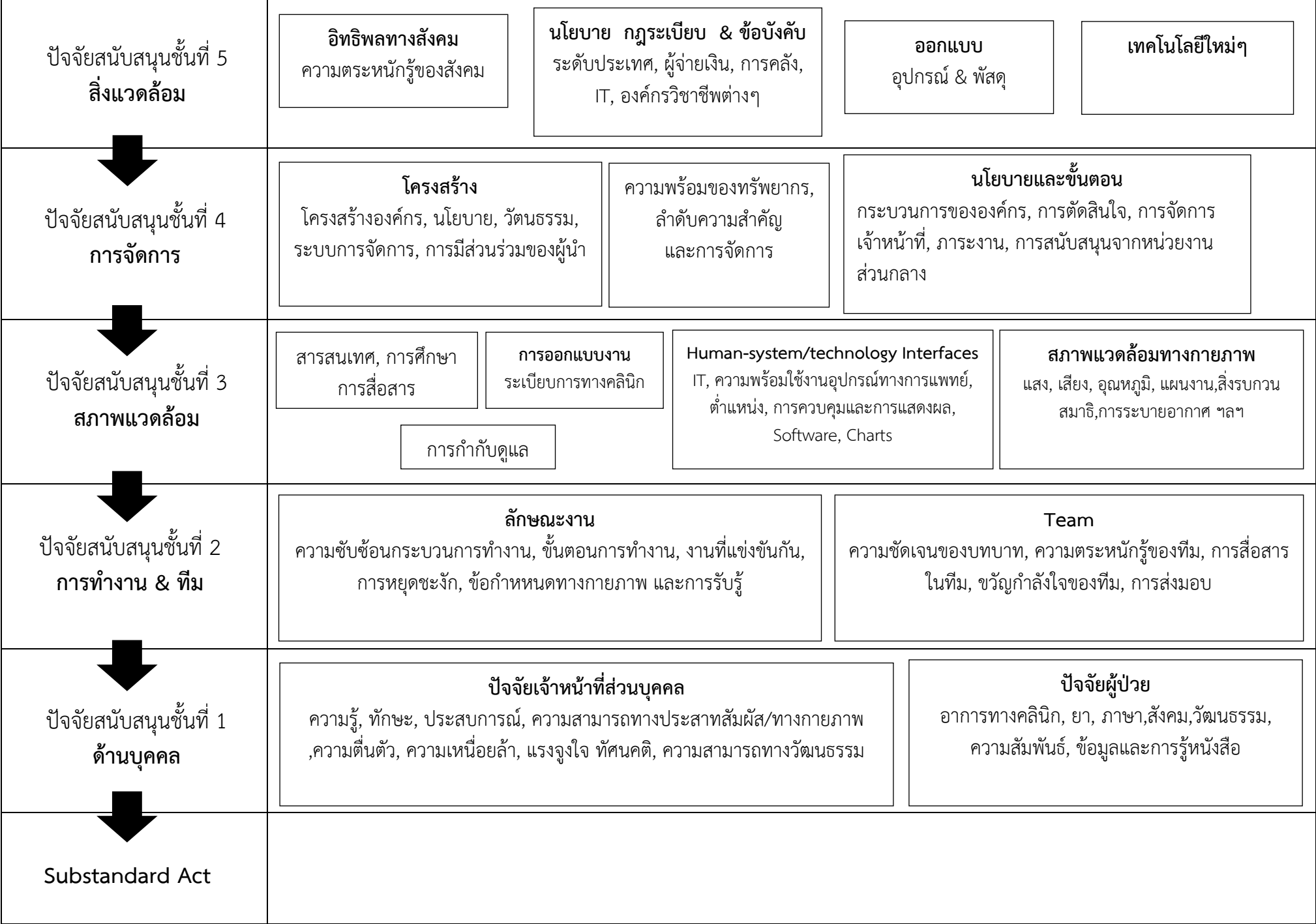
Risk Monitoring & Review			
Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review
กำหนดผู้รับผิดชอบ ความเสี่ยงที่จะนำมาขึ้นทะเบียน risk register หรือ คณะกรรมการ เพื่อกำกับติดตาม และ ประเมินผล	ความถี่ในการทบทวนความ บ่อย ถี่ในการทบทวนอาจ กำหนดเป็นทุกเดือนหรือไตรมาส หรือทุกครั้งที่เกิดหรือ ร่วมกันขึ้นกับลักษณะ อุบัติการณ์และบริบทแต่ละ องค์การ	วันที่ทบทวน	เป็นผลการทบทวนจากการปฏิบัติในมาตรการการ ป้องกัน, การปฏิบัติตาม CPG ,แนวทางที่วางไว้ แนวทางการบรรเทาความเสียหาย, การติดตามประเมินผล ว่าผลการปฏิบัติเป็นอย่างไรบ้างมีโอกาสพัฒนา ทำ ได้ดีเพียงใด นอกจากนี้เป็นการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อสรุปหาสาเหตุ นั่น คือเชื่อมต่อการทำ RCA จากการทบทวนครั้งสุดท้าย และ ผลการทบทวนทั้งหมดนำมาสู่การวิเคราะห์ เพื่อกำหนด QI plan ต่อไป

- **Risk owner** คือ บุคคลหรือทีมที่ได้รับ Authority เพื่อจัดการกับความเสี่ยงใดความเสี่ยงหนึ่งและออกหน้ารับผิดชอบ (Accountable) ในการทำหน้าที่กำกับติดตามและประเมินผล โดยผู้รับผิดชอบความเสี่ยง (risk owner) แต่ละตัว มีหน้าที่ประสานงานกับระบบงานปกติที่หน่วยงานต่างๆ ทำอยู่แล้วในการรายงานความเสี่ยงและการทำ RCA มิได้มาทำหน้าที่แทน

- **Review frequency** คือ ความบ่อย ถี่ในการทบทวนอาจกำหนดเป็นทุกเดือนหรือไตรมาส หรือทุกครั้งที่เกิด
- **Date last review** คือ วันที่ ที่เราทบทวนเหตุการณ์นี้ครั้งสุดท้าย
- **Result of review** เป็นผลการทบทวนจากการปฏิบัติในมาตรการการป้องกันการปฏิบัติตาม CPG, แนวทางที่วางไว้ในแนวทางการบรรเทาความเสียหาย การติดตามผลว่าผลการปฏิบัติเป็นอย่างไรบ้าง มี โอกาสพัฒนาทำได้ดีเพียงใด นอกจากนี้เป็นการทบทวนอุบัติการณ์เกิดขึ้น เพื่อสรุปหาสาเหตุ นั่นคือ เชื่อมต่อการทำ RCA จากการทบทวนครั้งสุดท้ายและผลการทบทวนทั้งหมดนำมาสู่การวิเคราะห์ เพื่อทำ QI plan ต่อไป
- **ถ้าเป็นการทบทวนครั้งแรกของการใช้ Risk Register** ควรทบทวนข้อมูลในรอบปีที่ผ่านมา
ถ้าเป็นการทบทวนครั้งต่อไป จะเป็นการทบทวนข้อมูลในรอบเวลาที่ผ่านมามาตามความถี่ที่กำหนดไว้
การทบทวนควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
 - 1) แนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ เท่าเดิม มากขึ้น หรือลดลง เป็นเพราะอะไร
 - 2) การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่กำหนดไว้ (อาจใช้การตามรอย) ทำได้ครบถ้วนเพียงใด มีปัญหา ข้อคิดขัดอะไร ควรมีการปรับปรุงให้ปฏิบัติได้ง่ายขึ้นอย่างไร
 - 3) ความครอบคลุมของมาตรการป้องกัน มีเพียงพอที่จะป้องกัน root cause ของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นใน รอบเวลาที่ผ่านมาหรือไม่ อะไรคือมาตรการป้องกันที่ควรเพิ่มเติม

Risk Register

Risk Identification				Risk Analysis			Risk Treatment Plan			QI Plan	Risk Monitoring & Review			
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Description	Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan	Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review



Flow of Steps

ปัจจัยสนับสนุนชั้นที่ 5 สิ่งแวดล้อม	
↓ ปัจจัยสนับสนุนชั้นที่ 4 การจัดการ	
↓ ปัจจัยสนับสนุนชั้นที่ 3 สภาพแวดล้อม	
↓ ปัจจัยสนับสนุนชั้นที่ 2 การทำงาน & ทีม	

↓ ปัจจัยสนับสนุนขั้นที่ 1 ด้านบุคคล	
↓ Substandard Act	

Flow of Steps

