



โรงพยาบาลนนทบุรี

คู่มือบริหารความเสี่ยงและ

จัดการข้อร้องเรียน

คำนำ

การบริหารความเสี่ยง เป็นระบบที่บริหารให้เกิดความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สินแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งหากเกิดความเสี่ยงในระบบบริการขึ้นจะทำให้มีโอกาสเกิดการร้องเรียน ฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ขาดความเชื่อมั่นในการรับบริการ โรงพยาบาลโนนไทยจึงได้มีการดำเนินการพัฒนาตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองศิริราชสมบัติครบ 60 ปี โดยกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยเป็นเป้าหมายหลักในการให้บริการ

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จึงได้จัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยงเพื่อให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบถึงแนวทางปฏิบัติและร่วมมือร่วมใจสร้างความปลอดภัยให้เป็นวัฒนธรรมขององค์กรในงานประจำอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลโนนไทย

มีนาคม 2560

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
• เป้าหมาย	1
• ตัวชี้วัด	1
• คำจำกัดความ	1
• ระดับความเสี่ยง	2
• โปรแกรมความเสี่ยง	3
• บทบาทหน้าที่	3
• ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง	4
• กลยุทธ์ในการบริหารความเสี่ยง	8
• แนวทางในการจัดการเมื่อเกิดความเสียหาย	9
• Flow ข้อร้องเรียนในโรงพยาบาล	10
• แบบรายงานอุบัติการณ์	11
• แบบใบแสดงความคิดเห็น	12

เป้าหมายคุณภาพ

การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลครอบคลุมทุกหน่วยงาน และทุกโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง	ระดับ 3
2. จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน (ทั้งหมด/ รุนแรง)	
3. สัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์ near miss/ miss	30:70%
4. อัตราอุบัติการณ์ระดับรุนแรงลดลง	
5. จำนวนข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ	0 เรื่อง
6. จำนวนข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไข	100%
7. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด (จำนวน /AE)	0 ราย

คำจำกัดความการบริหารความเสี่ยง

1. ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่ประสบความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ เช่น ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทำลายสิ่งแวดล้อม ภาวะในการชดใช้ค่าเสียหาย
2. บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้รับผิดชอบ/ หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้น โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีต และหน่วยงานอื่น ๆ ตลอดจนการทบทวนต่าง ๆ และการสำรวจภายในหน่วยงานของตนเอง เพื่อเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวังโดยมีทั้งระดับโรงพยาบาล กลุ่มงาน/ แผนก หน่วยงาน
3. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการรักษา และไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรค หรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย ลักษณะสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การถูกทำร้าย หรือการบาดเจ็บ เหตุร้าย ภัยอันตราย การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ความไม่แน่นอน การถูกเปิดเผย
4. ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical Error) หมายถึง ความล้มเหลวของการดูแลรักษาที่วางแผนไว้ หรือการวางแผนการรักษาที่ไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ
5. เหตุเกือบพลาด (Near Miss) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน หรือด้วยความบังเอิญ ป้องกันได้ทันก่อนเกิดเหตุ มีการบรรเทาอาการก่อน
6. อุบัติการณ์รุนแรง หมายถึง ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดสูญเสียอย่างมาก ซึ่งผู้ประสบเหตุการณ์ต้องรายงานหัวหน้างาน/ หัวหน้าเวรในทันที หรือโดยเร็วที่สุด ได้แก่ อุบัติการณ์ระดับ D ของความเสี่ยงทางด้านทั่วไปและอุบัติการณ์ระดับ G-H-I ของความเสี่ยงทางด้านคลินิก ยกตัวอย่างเช่น

- บุคลากร/ ผู้รับบริการเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด
- อัคคีภัย
- อุบัติเหตุหมู่
- ข้อร้องเรียนที่อาจมีผลกระทบต่อชื่อเสียงโรงพยาบาล
- ความคลาดเคลื่อนทางยา
- ผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายร่างกายตนเอง หรือผู้อื่น
- การระบาดของโรค/ อุบัติเหตุ/ อุบัติภัยรุนแรง
- การโจรกรรมทรัพย์สินของทางราชการ/ เจ้าหน้าที่/ ผู้รับบริการ
- เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินของทางราชการ/ เจ้าหน้าที่/ ผู้รับบริการ

7. วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety culture) คือคุณลักษณะขององค์กรในด้านความปลอดภัย ดังนี้

- การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาด
- สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลาดหรือ near miss โดยไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ
- มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความล่าช้าต่าง ๆ
- ความเต็มใจขององค์กรที่จะสนับสนุน

8. การบริหารความเสี่ยง (Risk Management/ RM) หมายถึง การค้นหา ประเมินความรุนแรงและการดำเนินการ เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยง รวมทั้งการจัดการเมื่อเกิดปัญหาขึ้น และการประเมินผล เฝ้าระวังความเสี่ยง

9. ระดับความเสี่ยง หมายถึง การแบ่งระดับความรุนแรงของผลลัพธ์จากอุบัติการณ์ เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยแบ่งเป็น 9 ระดับ (A-I)

- A เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน เช่น ตามแพทย์ไม่ได้ , เตรียมยาไว้เกินขนาด (ยังไม่กิน, ฉีด)
- B เกิดความคลาดเคลื่อนแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย เช่น เตรียมเอกสารผิด, ส่งบัตรผิด
- C เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย เช่น ผู้ป่วยได้รับ (iv) เร็วกว่า Rx, ผู้ป่วยไม่ได้ X-ray, เจาะ Lab
- D เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น ให้น้ำผิดคน
- E เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษา เช่น ผู้ป่วยหกล้ม, ใส่ Tube -- Fail

- F เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้นเช่น ผู้ป่วยนำท่อเข้าไปในหลอดการเติม, ติดเชื้อ, ใส่ ICD 2 ครั้ง
- G เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยสำลักอาหาร -
-> Aspirated Pneumonia
- H เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต เช่น ผู้ป่วยเบ่งถ่าย -> หยุดหายใจและใส่ Tube
- I เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต เช่น ให้อาแล้วผู้ป่วยเสียชีวิตจากยา

10. โปรแกรมบริหารความเสี่ยง หมายถึง ทีมคร่อมสายงานที่ทำหน้าที่ดำเนินการป้องกันและจัดการความเสี่ยง

โปรแกรมบริหารความเสี่ยง แบ่งเป็น 5 โปรแกรม

1. Clinical Risk
2. ข้อร้องเรียน
3. IC
4. สิ่งแวดล้อม
5. ระบบบริการ

บทบาทหน้าที่คณะกรรมการทีมบริหารความเสี่ยงในงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

1. ทบทวนอุบัติเหตุการณ์และข้อเสนอแนะสำคัญเพื่อค้นหาจุดอ่อนในระบบ
2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อดูแนวโน้มหรือค้นหาความเสี่ยง
3. เสนอแนะแนวทางป้องกันหรือควบคุมความเสี่ยง
4. อภิปรายเกี่ยวกับการดำเนินงานและประสิทธิผลของกลไกป้องกันและควบคุมความเสี่ยงที่มีอยู่
5. ร่วมกับผู้จัดการความเสี่ยงในการค้นหาความเสี่ยง ประเมินและดำเนินการแก้ไขป้องกัน
6. สร้างความตื่นตัวทั่วทั้งองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
7. จัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยงเพื่อเสนอต่อผู้อำนวยการและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
8. จัดการความเสี่ยงและดูแลให้การเยียวยาในกรณีความเสี่ยงที่เสี่ยงต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล
9. ดำเนินการศึกษาหรือจัดทำโครงการอื่น ๆ ที่คณะกรรมการบริหารหรือผู้อำนวยการมอบหมาย

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1	ค้นหาความเสี่ยง
ขั้นตอนที่ 2	ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง
ขั้นตอนที่ 3	การจัดการความเสี่ยง
ขั้นตอนที่ 4	การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหา

1.1 การค้นหาจากอดีต เช่น

รายการ	ความถี่ในการปฏิบัติ
- ศึกษาความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา	1 ครั้ง/ เดือน
- เรียนรู้ประสบการณ์ หรือความผิดพลาดของคนอื่น	ทุกวัน
- ทบทวนเวชระเบียน (100% Death Case และ 5% Discharge)	ทุกวัน
- วิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์ (Incidence Report)	1 ครั้ง/เดือน
- ทบทวน Risk Profile	1 ครั้ง/เดือน
- ทบทวนและปรับปรุง Risk Profile	ทุก 6 เดือน
- ทบทวนคำร้องเรียน	ทุกวัน
- รายงานการประชุมประจำเดือน	1 ครั้ง/ เดือน
- ประชุมคณะกรรมการต่าง ๆ (ที่เกี่ยวกับความเสี่ยง)	1 ครั้ง/ เดือน

1.2 การศึกษาจากการสำรวจสภาพการในปัจจุบัน เช่น

รายการ	ความถี่ในการปฏิบัติ
- C3 THER	ทุกวัน
- Pre-Post Conference	ทุกวัน
- สัมภาษณ์ผู้ป่วย	ทุกวัน
- สัมภาษณ์ญาติ	ทุกวัน
- สังเกตขณะปฏิบัติงาน	ทุกวัน
- Case Conference กับสหสาขาวิชาชีพ	1 ครั้ง/ เดือน
- ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย	ทุกวัน
- เยี่ยมสิ่งแวดล้อม	ทุกวัน
- ตรวจ Chart	ทุกวัน
- ทบทวน 12 กิจกรรม	ตามความเหมาะสมของกิจกรรม - หน่วยงานทางคลินิก ทบทวนทั้ง 12 กิจกรรม - หน่วยงานสนับสนุน ทบทวนอย่างน้อยกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 2, 5, 8, 11, 12 และหากหน่วยงานใดมีลักษณะของงานที่ต้องทำงานทดแทน เช่น ช่างไฟฟ้า, ช่างประปา ฯลฯ ควรเพิ่มการทบทวนในกิจกรรมที่ 4 ด้วย

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง

- การประเมินความเสี่ยงจะครอบคลุมถึงการจำแนกประเภท การประเมินระดับความรุนแรง การประมวลผลข้อมูลความเสี่ยง เพื่อการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การจัดการกับคำเรียกร้องเสียหาย เป็นต้น

ลำดับการประเมินความเสี่ยง

- ประเมินความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุ เช่น ตอบคำถามว่า มีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากเพียงใด มีโอกาสเกิดความเสี่ยงน้อยเท่าใด มีโอกาสเกิดความเสี่ยงสูญเสียชีวิตในสถานการณ์ใดมีโอกาสจะเกิดมาก
- ประเมินขณะเกิดเหตุ ได้แก่ กระบวนการบันทึกและปรึกษาซึ่งต้องเริ่มต้นทันทีที่พบว่า มีอุบัติการณ์หรือความเสียหายเกิดขึ้น

การแบ่งประเภทความเสี่ยง แบ่งเป็น 2 หมวด ได้แก่

1. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) หมายถึง ความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลรักษา ซึ่งส่งผลให้เกิดต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk)

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ สามารถเกิดได้ในผู้ป่วยทั่วไปไม่จำกัดโรคใดโรคหนึ่ง เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ได้แก่

1. ความปลอดภัยจากการใช้ยา
2. การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

1.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk)

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ สามารถเกิดได้ในผู้ป่วยเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ เช่น ตกเลือดหลังคลอดเกิดเฉพาะในกลุ่มหลังคลอด ไข้ตั้งแตกเกิดในผู้ป่วยไข้ตั้งอักเสบ Hypoglycemia ในผู้ป่วย DM ซึ่งทาง PCT จะเป็นผู้กำหนดโรคสำคัญ

2. ความเสี่ยงทั่วไป (Non-Clinical Risk) หมายถึง ความเสี่ยงที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการรักษาพยาบาล แต่เกิดจากปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลทำให้เกิดความเสียหาย ความเสี่ยงทั่วไป ได้แก่

2.1 ด้านสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัย และความปลอดภัย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับอาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก อุบัติการณ์เกี่ยวกับผลที่จะเกิดจากการปฏิบัติงานที่มีต่อสุขภาพบุคลากร ความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน

2.2 ด้านการเงิน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับค่ารักษา การสูญเสียรายได้ทรัพย์สินทางราชการต่าง ๆ มูลค่าความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน

2.3 ด้านเวชระเบียน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับเอกสารประวัติของผู้ป่วย เช่น การบันทึก การจัดเก็บ การค้นหา การระบุตัวผู้ป่วย การบันทึกสิทธิการรักษา การบันทึกค่ารักษาพยาบาล การบันทึกที่แสดงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสื่อสารของสหสาขาวิชาชีพ

2.4 ด้านบริการ หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับการดูแล ช่วยเหลือ การใช้ข้อมูล การช่วยเหลืออำนวยความสะดวก พฤติกรรมบริการ ขั้นตอนบริการ

2.5 ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับ อุปกรณ์ เครื่องมือ ที่ใช้ในการดูแลรักษา

2.6 ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษา

2.7 ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ความไม่พร้อมใช้ของคอมพิวเตอร์ โปรแกรม การสื่อสาร การบันทึก การจัดเก็บข้อมูล และเกี่ยวกับข้อมูลสถิติต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับความเสี่ยง

3.1 ก่อนเกิดเหตุ

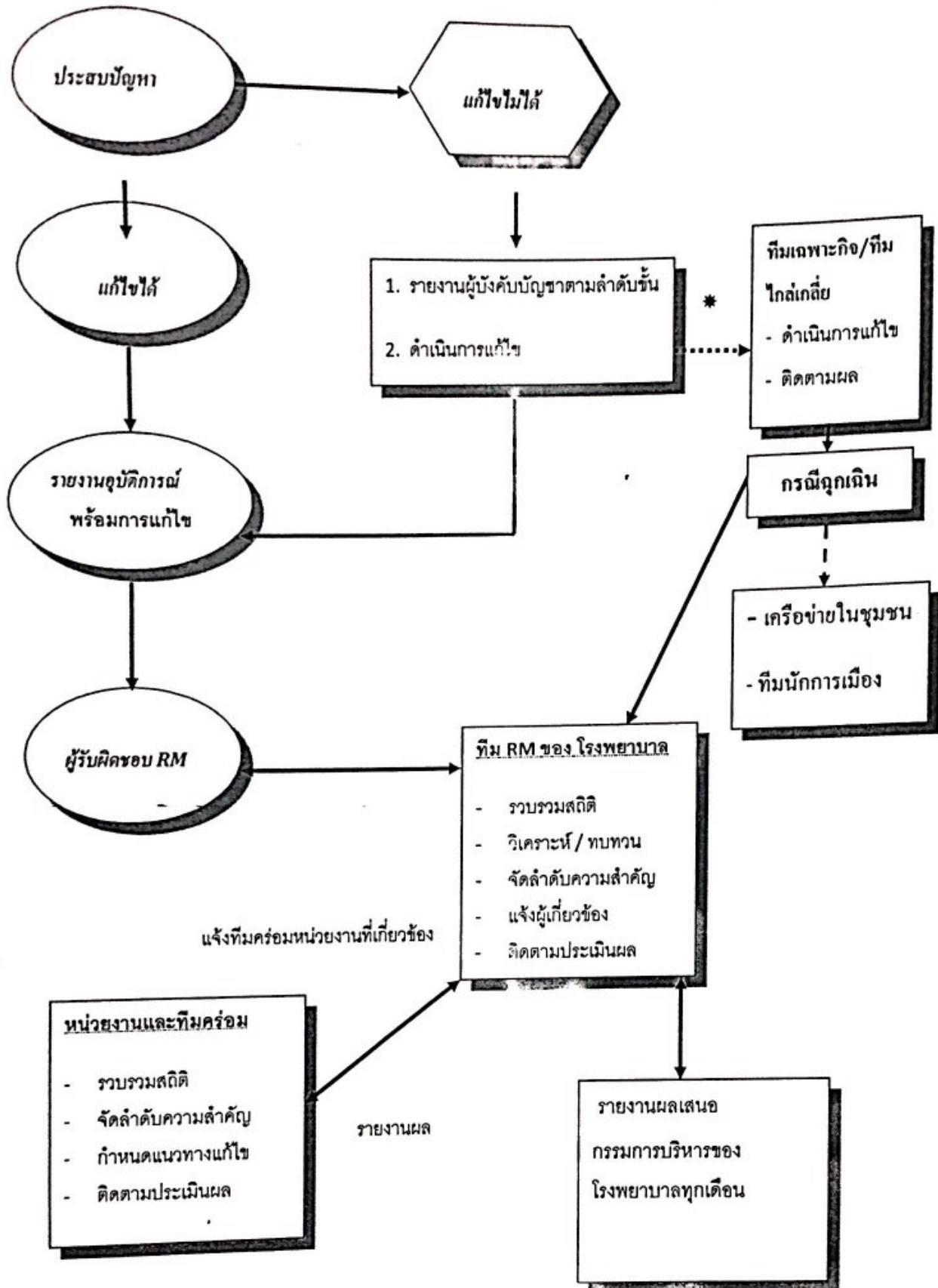
- 3.1.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น การปิดห้องผ่าตัดเมื่อไม่มีวิสัญญี การส่งต่อ
- 3.1.2 การมองถ่ายความเสี่ยง เช่น จ้างเหมาบริษัทเพื่อดูแลเครื่องมือทางการแพทย์และห้องปฏิบัติการ
- 3.1.3 การป้องกันความเสี่ยง เช่น ใส่ของมีคมในกล่องที่หนา การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน เช่น การตรวจสอบเครื่องมือ การสอบเทียบเครื่องมือต่าง ๆ มีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา การตรวจอุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน การให้ความรู้เจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดความตระหนักและเป็นเจ้าของการป้องกันความเสี่ยง
- 3.1.4 การแบ่งแยกความเสี่ยง เช่น ระบบสำรองไฟ เครื่องมืออุปกรณ์ การสำรองข้อมูล
- 3.1.5 มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้แก่
 - ทุกหน่วยงานมีระบบรายงานความเสี่ยง
 - ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรายงานความเสี่ยงได้หลายช่องทาง สะดวก มีการสื่อสารย้อนกลับ และไม่เปิดเผยแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกรณีที่เป็นความลับ
 - จัดทำฐานข้อมูลความเสี่ยงสื่อสารทั้งองค์กร

3.2 หลังเกิดเหตุ

- 3.2.1 ลดความสูญเสี่ยงหลังเกิดเหตุการณ์ เป็นการดูแลแก้ปัญหาฉับพลันโดยการเอาใจใส่ ให้ข้อมูลตรงไปตรงมาภายใต้คำแนะนำ การสื่อสาร ความเข้าใจที่ดีต่อกัน ประคับประคองจิตใจ ขวัญกำลังใจทั้งผู้ป่วยญาติ และเจ้าหน้าที่และรายงานผู้บริการสูงสุดและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และติดตามประเมินผลภายหลังภายหลังการไกล่เกลี่ยอย่างต่อเนื่อง
- 3.2.2 การบริการเชิงชดเชยค่าเสียหาย กรณีที่ต้องมีการชดเชยค่าเสียหายที่สมควรค่าเสียหาย/ ไกล่เกลี่ยจะเป็นผู้สรุปข้อมูล ปัญหา นำเสนอผู้บริการสูงสุดและทีมกรรมการบริการโรงพยาบาล ร่วมกันพิจารณาชดเชยค่าเสียหายอย่างเหมาะสม, ยุติธรรม ทุกฝ่าย

รายการ	ระดับหน่วยงาน	ระดับทีมนำ	ระดับโรงพยาบาล
1. การค้นหาและรวบรวมความเสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนกระบวนการหลัก - สำรวจสิ่งแวดล้อม - ทบทวนเวชระเบียน - ค้นหาข้อมูลจากข่าว และสื่อต่าง ๆ - ระดมสมองจาก ประสบการณ์เจ้าหน้าที่ - ตรวจสอบและสอบเทียบ มาตรฐานที่กำหนด - การตรวจการและการ นิเทศ - การทบทวน 12 กิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - จากระบบรายงานที่มีอยู่ - จากข้อมูลข่าวสาร สื่อ - จากการระดมสมอง ประสบการณ์ทีมงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - จากรายงานของ หน่วยงานต่าง ๆ - จากรายงานทีมนำ ต่าง ๆ - สำรวจ สัมภาษณ์ หน่วยงาน - จากข่าวสาร สื่อต่าง ๆ - การเรียกร้อง ค่าเสียหาย
2. ประเมินและวิเคราะห์	<p>ทำบัญชีรายการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - แยกประเภท/ ระดับ - จัดลำดับความสำคัญ- 	<p>ทำบัญชีรายการความเสี่ยงระดับทีมนำ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แยกประเภท/ ระดับ - จัดลำดับความสำคัญ 	<p>ทำบัญชีรายการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล</p>
3. การจัดการความเสี่ยง --แนวทางการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์เหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (RCA) - ถ้าปัญหาพร้อมสายงาน นำส่ง RM team เข้าทีมที่เกี่ยวข้อง สรุปจัดทำคู่มือ - ติดตามผลการปฏิบัติ - ทบทวนคู่มือและ มาตรการที่กำหนดไว้เป็น ระยะ ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - วางมาตรการในการ จัดการความเสี่ยงสำคัญ 5 อันดับทางคลินิกและความ เสี่ยงทั่วไปแจ้งให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือ ปฏิบัติ 	<ul style="list-style-type: none"> - มอบนโยบายและให้ การสนับสนุนปัจจัยใน การดำเนินการ - มอบหมาย ผู้รับผิดชอบแก้ไข
3. การประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามตัวชี้วัด - ทบทวนอุบัติการณ์ซ้ำ/ เกือบพลาด 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามตัวชี้วัด - ทบทวนเชิงระบบ 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามตัวชี้วัด - ทบทวนเชิงระบบ

แนวทางในการจัดการเมื่อเกิดความเสี่ยงโรงพยาบาลโนนไทย



* กรณีเกี่ยวข้องกับชีวิตผู้ป่วย, กฎหมาย, ชื่อเสียง, การฟ้องร้อง, ทรัพย์สินของโรงพยาบาล

ใบรายงานอุบัติการณ์ โรงพยาบาลนนทบุรี

ฉบับบรรยายเหตุการณ์ (กรณีระบุ HN)

▶ ข้อเสนอแนะ

ผู้บันทึก..... จากหน่วยงานอื่น จากหน่วยงานตนเอง วันที่ เวลา น.

▶ แนวทางแก้ไข

ระยะเวลา ผู้รับผิดชอบ..... ผู้จัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน.....

▶▶ โปรดระบุความรุนแรงของเหตุการณ์ที่พบ (ลงเครื่องหมาย ในช่องระดับความรุนแรง)

ระดับ	เหตุการณ์ / ตัวอย่าง
A	เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสเกือบพลาด โดยตรวจได้จากหน่วยงานตนเองหรือยังไม่ส่งต่อให้ผู้รับผลงาน เช่น ตามแพทย์ไม่ได้, เตรียมยาไว้เกินขนาด (ยังไม่กิน, ฉีด), พxr.ตรวจพบว่าน้ำมัน เครื่องรูดหมคก่อนจะจับรูด
B	เกิดความคลาดเคลื่อนแต่ยังไม่ถึงหน่วยงาน / ผู้รับบริการ, เกือบจะผิดพลาดที่หน่วยงานอื่นตรวจสอบพบ เช่น เตรียมเอกสารผิด, ส่งบัตรผิด, จ่ายยาให้เด็กผู้ป่วยในผิด
C	เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน / ผู้ให้ / ผู้รับบริการ แต่ไม่ทำให้ได้รับอันตรายและสามารถให้บริการต่อไปได้ เช่น ผู้ป่วยได้รับ (iv) เร็วกว่าคำสั่งแพทย์, ผู้ป่วยไม่ได้ X-ray, เจาะ Lab, เขียนเช็ค ไม่ถูกต้อง, จับรูดขนสุนัขแต่จับต่อไปได้
D	เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน / ผู้ให้ / ผู้รับบริการ ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายและต้องหยุดให้บริการ เช่น ให้ยาผิดคน, ฟ้าผ่าทำให้เครื่องมือแพทย์เสียหาย, ไฟดับให้บริการไม่ได้, ระบบLAN ไม่สามารถให้บริการได้
E	เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน / ผู้ให้ / ผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษา เช่น ผู้ป่วยหกล้ม, เจ้าหน้าที่โดนเข็มทิ่มตำ
F	เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน / ผู้ให้ / ผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดซ้ำในหัตถการเดิม, ติดเชื้อ, ใส่ ICD 2 ครั้ง
G	เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน / ผู้ให้ / ผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวร เช่น ผู้ป่วยสำลักอาหาร -> Aspirated Pneumonia
H	เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน / ผู้ให้ / ผู้รับบริการ ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต เช่น ผู้ป่วยเบ่งถ่าย -> หยุดหายใจ และใส่ Tube
I	เกิดความคลาดเคลื่อนกับหน่วยงาน / ผู้ให้ / ผู้รับบริการ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต เสียชื่อเสียง ถูกฟ้องร้อง เช่น ให้อานแล้วผู้ป่วยเสียชีวิตจากยา

... ใบ แสดงความคิดเห็น ...

ท่านคือบุคคลพิเศษและความคิดเห็นของท่านสำคัญเสมอ ขอเชิญร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อให้การบริการแก่ท่านได้ดีและมีประสิทธิภาพต่อไป..... ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ

วันที่.....เวลา.....

หน่วยงานที่ท่าน
มารับบริการ

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ห้องประชาสัมพันธ์ | <input type="checkbox"/> ห้องบัตร | <input type="checkbox"/> ห้องอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน |
| <input type="checkbox"/> ห้องตรวจโรค | <input type="checkbox"/> ห้องชันสูตร | <input type="checkbox"/> คลินิกโรคไม่ติดต่อ |
| <input type="checkbox"/> หน้าห้องตรวจโรค | <input type="checkbox"/> ห้องจ่ายยา, เก็บเงิน | <input type="checkbox"/> ห้องจ่ายยาเบอร์13 |
| <input type="checkbox"/> ห้องเอกซเรย์ | <input type="checkbox"/> ตึกผู้ป่วยใน 1 | <input type="checkbox"/> ตึกผู้ป่วยใน 2 / หลังคลอด |
| <input type="checkbox"/> ห้องทันตกรรม | <input type="checkbox"/> ห้องคลอด | <input type="checkbox"/> ห้องศูนย์ประกัน |
| <input type="checkbox"/> ห้องเบอร์ 16 (ฉีดวัคซีน, ผ่ากรรม, อื่น ๆ) | | <input type="checkbox"/> ห้อง..... |

 ปัญหาที่ท่านพบ.....

.....

.....

.....

.....

 ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ปัญหา.....

.....

.....

.....

.....


 สิ่งที่ท่านประทับใจเมื่อมารับบริการคือ.....

.....

.....

.....

.....

 ชื่อและที่อยู่ของท่านที่ทางโรงพยาบาลสามารถแจ้งข้อมูลกลับไปยังท่านได้.....

.....

 เบอร์โทร.....

... ขอขอบพระคุณ ...

โรงพยาบาลนนทบุรี





แบบรายงานเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์

เลขที่ปัญหา

ข้อมูลการรับเรื่อง

วันที่รับแจ้ง เวลา น.

ชื่อผู้แจ้ง

ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ

ที่อยู่

เบอร์โทรศัพท์

ช่องทางรับเรื่อง

ผู้รับเรื่อง

ข้อมูลผู้รับบริการ

ชื่อผู้รับบริการ

สิทธิ

เลขที่ประจำตัวประชาชน

อายุ ปี เพศ

จังหวัดที่ลงทะเบียน

เลขที่บัตรทอง

หน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการรับส่งต่อ

รายละเอียดเรื่องร้องเรียน

ประเด็นเรื่องร้องเรียน

หน่วยบริการที่ถูกร้องเรียน จังหวัด

สรุปประเด็นเรื่องร้องเรียน

สรุปการดำเนินงาน

สถานะของเรื่อง

วันที่ยุติ

จำนวนวันที่แก้ไขปัญหา วัน