

ระบบบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลชลประทาน

1. นโยบาย

ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และของโรงพยาบาล ตลอดจนความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและสิ่งรอบโรงพยาบาล เป็นประเด็นคุณภาพที่สำคัญยิ่งที่โรงพยาบาลควรส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนมีจิตสำนึกมีความตระหนัก และมีทัศนคติที่ดีในการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ ผลลัพธ์ที่ต้องการคือ การมีเป้าหมายร่วมในการส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ลดปัญหาอันไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ป่วย การใช้ยา หรือการทำให้เหตุการณ์ รวมทั้ง การพัฒนาทรัพยากรบุคคล และการดูแลด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ลดความสูญเสีย รักษาชื่อเสียงของโรงพยาบาลและสร้างความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการ ชุมชนและสังคม ต่อโรงพยาบาลต่อไป

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน จึงได้กำหนดนโยบายในการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

1. ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร : Patient and Personnel Safety (2P Safety) เป็นนโยบายสำคัญที่จะสร้างให้ระบบบริการสุขภาพมีความยั่งยืน และสมดุล มีการพัฒนาเชิงระบบ สร้างความมั่นใจให้กับผู้เกี่ยวข้อง ด้วยการมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์จากทุกภาคส่วน
2. บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยง เมื่อพบเห็นเหตุการณ์ ให้รายงานอุบัติการณ์ในใบรายงานอุบัติการณ์ตามระบบที่วางไว้ หรือรายงาน online ผ่านระบบ HRMS on cloud โดยในช่วงปี 2561 ที่เริ่มต้นใช้งาน online จะอนุโลมให้รายงานได้ทั้ง 2 วิธี แต่ในปี 2562 เป็นต้นไป จะใช้วิธีการรายงาน online เพียงวิธีการเดียว โดยการรายงานข้อมูลจะไม่มีการกล่าวโทษแก่ผู้รายงาน หรือหาจำเลยในการรับผิดชอบ มุ่งเน้นเพื่อพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพเท่านั้น
3. ให้หัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วย เป็นผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน โดยจัดการให้มีการค้นหาความเสี่ยง จัดทำรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน ร่วมกันวิเคราะห์ และวางมาตรการในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น หัวหน้าหน่วยงานจะเป็นผู้ตรวจทานและยืนยันความเสี่ยง online ในส่วนที่ตนรับผิดชอบและส่งข้อมูลเข้าระบบ cloud อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง รวมทั้งการจัดการความเสี่ยงที่ได้ทำไป
4. ให้มีการประสานข้อมูลระหว่างคณะกรรมการ/ทีมที่เกี่ยวข้อง กับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหาในแต่ละระบบงาน และกำหนดเป็นมาตรการหรือมาตรฐานเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ มีการแก้ไขปัญหามาตามระดับความรุนแรง
5. ให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จัดระบบการจัดการความเสี่ยงที่ชัดเจน มีการวิเคราะห์และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ นำสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น เพื่อลดความสูญเสียหรือเสียหายที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อผู้รับบริการและในโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะทำหน้าที่จัดการปัญหาที่ไม่สามารถจัดการได้ระดับหน่วยงาน / ระดับงาน ตั้งแต่จัดให้มีการทบทวนสาเหตุรากและร่วมวางระบบป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ
6. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีหน้าที่รวบรวมความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และติดตามกำกับ เพื่อดูแลแนวโน้มหลังการวางระบบป้องกัน รวมถึงประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ทุกหน่วยงาน / ทุกทีม ปฏิบัติตามระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในการป้องกันและลดโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงให้เหลือน้อยที่สุด
2. เพื่อสร้างหลักประกันให้ผู้ป่วย ผู้รับบริการ ผู้มาติดต่อ และเจ้าหน้าที่ จะได้รับบริการที่มีคุณภาพ และมีความเสี่ยงน้อยที่สุด
3. เพื่อลดความเสียหายทุกรูปแบบที่อาจเกิดขึ้น แก่ผู้รับบริการและโรงพยาบาล

3. เป้าหมายความปลอดภัย

1. อุบัติการณ์ที่เคยเกิด ไม่เกิดซ้ำด้วยสาเหตุเดิม
2. ประสิทธิภาพการปฏิบัติตาม SIMPLE ร้อยละ ๘๐ และมีผลลัพธ์ดีขึ้น

4. โปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล

ในระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ครอบคลุมโปรแกรมความเสี่ยง 12 โปรแกรม ได้แก่

1. โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก
 - มี 6 ประเด็น ได้แก่ อุบัติเหตุ การให้เลือด Lab X-ray การผ่าตัด/ดมยา/ทำหัตถการ และการรักษาพยาบาลผู้ป่วย / เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่นๆ
2. โปรแกรมความคลาดเคลื่อนทางยา
3. โปรแกรมด้านสิทธิผู้ป่วย/จริยธรรมวิชาชีพ / ข้อร้องเรียน
4. โปรแกรมด้านข้อมูลและสารสนเทศ
5. โปรแกรมด้านบุคลากร
6. โปรแกรมด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์
7. โปรแกรมด้านโครงสร้างสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
8. โปรแกรมด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
9. โปรแกรมด้านการเงิน
10. โปรแกรมด้านวิจัย
11. โปรแกรมด้านการเรียนการสอน
12. โปรแกรมด้านศิลปะและวัฒนธรรม

สำหรับการรายงานความเสี่ยง HRMS on cloud ที่เริ่มใช้ จะแบ่งหมวดและประเภทของอุบัติการณ์ความเสี่ยงตาม Patient and Personnel Safety Goal เป็น SIMPLE และจะแสดงบัญชีความเสี่ยงในลักษณะของ code โดยใช้ตัวอักษรภาษาอังกฤษ 3 ตัวตามด้วยตัวเลข 3 ตัว ไม่ได้แยกตามโปรแกรมเช่นเดียวกับใบรายงานอุบัติการณ์เดิม

5. คณะกรรมการผู้รับผิดชอบ

เพื่อให้การรับรู้และจำกัดความเสี่ยง ลดโอกาส/ปริมาณของความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น และการป้องกันความเสี่ยงในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงสุด จึงกำหนดให้มีระบบบริหารความเสี่ยง การเฝ้าระวังความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยงอย่างเป็นทางการ และเป็นขั้นตอน และได้แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ 2 คณะ เพื่อดำเนินงาน โดยมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

5.1 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Committee : RMC)

เพื่อให้การบริหารความเสี่ยง มีความเชื่อมโยง มีการประสานการรับรู้และจัดการร่วมกับ คณะกรรมการที่นำด้านต่าง ๆ จึงกำหนดให้องค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย ผู้แทนจากคณะกรรมการที่นำ และ ฝ่าย/ศูนย์/กลุ่มงาน ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1. คณะกรรมการสหวิชาชีพ ได้แก่ องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (PCT) เป็นผู้ประสานโปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก
2. คณะกรรมการพัฒนาระบบยา เป็นผู้ประสานโปรแกรมความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา
3. คณะกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม เป็นผู้ประสานโปรแกรมด้านสิทธิผู้ป่วย/ จริยธรรมวิชาชีพ และข้อร้องเรียน รวมทั้งทำดำเนินการเจรจาไกล่เกลี่ยกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจส่งผลกระทบต่อองค์กร
4. คณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียน เป็นผู้ประสานโปรแกรมความเสี่ยงด้านข้อมูลและสารสนเทศ
5. คณะกรรมการบริหาร พัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดการความรู้ เป็นผู้ประสานโปรแกรมความเสี่ยงด้านบุคลากร
6. คณะกรรมการบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นผู้ประสานโปรแกรมด้านเครื่องมือและอุปกรณ์
7. คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย เป็นผู้ประสานโปรแกรมด้านโครงสร้าง สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ซึ่งดูแลด้านการป้องกันอัคคีภัย การดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การกำจัดขยะ การบำบัดน้ำเสีย ระบบความปลอดภัย ไฟฟ้า
8. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นผู้ประสานโปรแกรมด้านการเฝ้าระวังโรค การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

โดยให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง มีบทบาทและหน้าที่ดังนี้

1. จัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยง มีการค้นหาความเสี่ยง การประเมินระดับความรุนแรง และจัดระดับความสำคัญ รวมทั้ง สื่อสารสร้างความตระหนัก ค้นหาสาเหตุ เพื่อการแก้ไขและป้องกัน
2. การจัดระบบรายงาน/จัดทำฐานข้อมูลของความเสี่ยง วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากระบบรายงาน และประสานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงเข้าด้วยกัน
3. ประเมินผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง บูรณาการการบริหารความเสี่ยงกับการควบคุมภายใน เสนอแนวทางป้องกันและกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์
4. ร่วมผลักดันการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน ให้สอดคล้องกับเป้าหมายและทิศทางของมหาวิทยาลัย

5.2 คณะอนุกรรมการเลขาความเสี่ยง (Risk Secretary)

เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ กำหนดให้มีคณะอนุกรรมการเลขาความเสี่ยง ซึ่งมีองค์ประกอบของทีมคือผู้ประสานงานของทีมนำด้านต่างๆและทีมนำดูแลผู้ป่วย โดยให้มีบทบาทและหน้าที่ดังนี้

1. รวบรวมรายงานอุบัติการณ์ ใบร้องเรียน รวบรวมอุบัติการณ์ในแต่ละเดือน ทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพ
2. ทำรายงานสรุปรายเดือน รวบรวมเป็นสถิติของโรงพยาบาล เสนอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
3. ประสานงานและให้ข้อมูลความเสี่ยงแก่หน่วยงาน/ ทีมนำและ PCT ต่างๆ
4. ติดตามผลการดำเนินการของทีมนำและ PCT ต่างๆ โดยเฉพาะการทบทวนหาสาเหตุ หากมั่นใจไม่ RCA ในเวลาที่กำหนด สามารถส่งใบเสนอแนะโอกาสพัฒนา (ใบ CAR) เพื่อเตือนให้ดำเนินการต่อไป

6. แนวปฏิบัติในการดำเนินการ

6.1 การค้นหา/การรายงานความเสี่ยง

มีการค้นหา/เฝ้าระวังความเสี่ยง ดังนี้

ก. การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก

จากการเยี่ยมชมสำรวจ หรือการตรวจสอบระบบของทีมนำต่างๆ เช่น ENV Round IC Round Risk Round Quality Round เป็นต้น

จากการวิเคราะห์กระบวนการทำงาน การประเมินตนเอง การทำกิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรม / หัวหน้าพาทำคุณภาพ ของทุกหน่วยงาน

จากการทบทวนเวชระเบียน / การทบทวนทางคลินิก ของ ทีมนำในการดูแลผู้ป่วย (PCT) และหน่วยงานที่ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งสหวิชาชีพต่างๆ เช่นองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล เกสซ์กรรม เป็นต้น ควรมีการทบทวนทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ เช่นการทำ trigger tools

คำร้องเรียนผ่านสื่อสารออนไลน์ หน่วยสื่อสารองค์กร งานบริหารทรัพย์สิน เป็นผู้ค้นหาและรวบรวม รายงานผ่านระบบ HOIR

ข. การค้นหาความเสี่ยงแบบตั้งรับ จากรายงานต่างๆ เช่น

1. แบบรายงานเหตุการณ์/อุบัติการณ์ (FM-RM-001-00)

เจ้าหน้าที่ทุกคนที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพในงานบริการของโรงพยาบาล หรือ เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย หรือโรงพยาบาล ไม่ว่ามากหรือน้อย ต้องเขียนรายงานเหตุการณ์ ส่งที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพทุกครั้ง เพื่อจะได้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงคุณภาพ และป้องกันความเสี่ยงในครั้งต่อไป

ในกรณีที่เป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงต่ำ (ระดับความรุนแรง A – B) สามารถเขียนรายงานเหตุการณ์ผ่านแบบฟอร์ม ใบรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยง ระดับ A B (ยกเว้นยา) และ ใบรายงานเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ A B ทั้งนี้ให้นำส่งศูนย์พัฒนาคุณภาพ ภายในวันที่ 1 ของทุกเดือน

2). รายงานผ่านระบบ HRMS on cloud เจ้าหน้าที่ทุกคนที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สามารถรายงานความเสี่ยงได้ โดยได้รับการยืนยันจากหัวหน้าหน่วยงานเพื่อส่งข้อมูลเข้าระบบ

3). แบบบันทึกคำร้องเรียน/ความเห็นของผู้รับบริการ (FM-RM-002-00)

ผู้ป่วย หรือญาติสามารถตำหนิ ชมเชย แสดงความคิดเห็นหรือเสนอแนะเกี่ยวกับงานบริการของโรงพยาบาลได้ตามช่องทางต่าง ๆ ได้แก่

- บันทึกใส่กล่องแสดงความคิดเห็น ตามจุดต่าง ๆ ในโรงพยาบาล
- จดหมาย Fax โทรศัพท์ สื่อสารออนไลน์ หรือร้องเรียนโดยตรงกับเจ้าหน้าที่เช่นงานประชาสัมพันธ์ สำนักผู้อำนวยการ

การจัดเก็บแบบบันทึกคำร้องเรียน/ความคิดเห็น ศูนย์พัฒนาคุณภาพและงานประชาสัมพันธ์ ร่วมกันจัดเก็บตามจุดต่างๆ ในทุกวันจันทร์ของสัปดาห์

4). รายงานเวรตรวจการพยาบาล บันทึกประจำวันของหน่วยงาน

เป็นการบันทึกการปฏิบัติงาน / บันทึกเหตุการณ์ ซึ่งปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำของหน่วยงาน โดยผู้ปฏิบัติอาจไม่เห็นความผิดปกติ แต่เมื่อเกิดเหตุการณ์อื่นที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาทบทวนร่วมได้

6.2 การประเมินระดับความรุนแรงของเหตุการณ์

6.2.1 กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกและหมวดอุบัติการณ์ด้าน Personnel Safety

Goals ของกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป กำหนดระดับความรุนแรงเป็นระดับ A – I ตามรายละเอียด ดังนี้

ระดับ	นิยาม	นิยามสั้นๆ เพื่อการจำ	ความ รุนแรง
A	พบเหตุการณ์ /สถานที่ที่ อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้พบสามารถ ปรับแก้ได้ก่อนเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (เป็นเหตุการณ์ near miss)	เกิดที่นี่	น้อย
B	เกิดเหตุการณ์แล้ว แต่ไม่เป็นอันตราย ไม่มีผลกระทบต่อใดๆ เนื่องจากยังไม่ถึง ตัวผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่	เกิดที่ไกล	
C	เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดแล้ว แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหาย ถึงแม้เหตุการณ์นั้นถึงตัวผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่แล้ว	เกิดกับใคร	
D	เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยต้องให้การดูแลเฝ้าระวัง เป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	ต้องระวัง	ปานกลาง
E	เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อ-อันตรายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่ เพียงชั่วคราว ต้องการการรักษา/แก้ไขเพิ่มเติม ไม่กระทบวันนอน	ต้องรักษา	
F	เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อ-อันตรายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่ ที่ ต้องใช้เวลากว่าปกติ กระทบต่อวันนอน ทำให้ต้องนอน รพ.นานขึ้น	เยียวยาวนาน	
G	เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงพิการถาวร / เกิดผลเสีย หรือผลกระทบต่อทำให้เสีย ชื่อเสียง/ความเชื่อถือ เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง	ต้องพิการ	มาก
H	เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ต้องทำการช่วยชีวิต / เกิดผลเสีย หรือผลกระทบต่อทำให้ เสียชื่อเสียง และ/ หรือ มีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล	ต้องการบ่ม	
I	เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงเสียชีวิต / เกิดผลเสีย หรือผลกระทบต่อทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/ สื่อ	จำใจลา	

6.2.2 กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป ยกเว้นหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goals กำหนด
ระดับความรุนแรงเป็นระดับ 1 – 5 ตามรายละเอียด ดังนี้

ระดับ	นิยาม	ความรุนแรง
1	เกิดความผิดพลาดขึ้นแต่ไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 0 -10,000 บาท)	น้อย
2	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 10,001 -50,000 บาท)	
3	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบ (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือ วัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 50,001 - 250,000 บาท)	ปานกลาง
4	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 250,001 – 10,000,000 บาท)	
5	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทำ ให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง (* เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย มากกว่า 10 ล้านบาท)	มาก

6.3 การจัดทำบัญชีความเสี่ยง / การติดตาม / การประเมินความเสี่ยงเพื่อการจัดการ

เป็นการนำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มาตรวจสอบ โดยการวิเคราะห์คะแนนอันตราย/สัญญาณวิกฤติ และสรุปเป็นบัญชีความเสี่ยง ไว้ในหน่วยงาน เพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และใช้ในการทำแผนบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน

การประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Risk Matrix

ตารางความสัมพันธ์คะแนนอันตราย: สัญญาณวิกฤติ

		ความรุนแรง			
		G H I [4]	E F [3]	C D [2]	A B [1]
ความถี่	บ่อย [4]	High	High	Significant	Low
	ค่อนข้างบ่อย [3]	High	High	Moderate	Low
	ปานกลาง [2]	High	High	Moderate	Low
	น้อย / ไม่เกิด [1]	High	Significant	Moderate	Low

ความรุนแรง

- 4 = ความรุนแรงระดับ G H I
- 3 = ความรุนแรงระดับ E F
- 2 = ความรุนแรงระดับ C D
- 1 = ความรุนแรงระดับ A B

ความถี่

- 4 = บ่อย เกิดทุกเดือน
- 3 = ค่อนข้างบ่อย เกิดเกือบทุกเดือน หรือเกิด ≥ 6 ครั้ง / ปี
- 2 = ปานกลาง เกิดปีละไม่เกิน 5 ครั้ง
- 1 = น้อย เกิดปีละ 1 ครั้ง หรือไม่เกิด

การจัดการความเสี่ยงตามสัญญาณวิกฤติ (Risk Matrix)

ระดับความเสี่ยง	การจัดการ	การรายงาน
High Risk	RCA วางระบบป้องกันอย่างรัดกุม กำหนดใน Risk profile ของทีม/หน่วยงาน	ภายใน 1-2 สัปดาห์
Significant Risk	RCA วางระบบป้องกันการเกิดซ้ำ	ภายใน 1 เดือน
Moderate Risk	จัดทำมาตรการป้องกัน / แก้ไข	
Low Risk	เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	

7. วิธีปฏิบัติเพื่อบริหารความเสี่ยง

7.1 การบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน/งาน

- 1) สื่อสารนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และมอบหมายผู้รับผิดชอบความเสี่ยงในหน่วยงาน
- 2) รายงาน/รวบรวมข้อมูลความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิด / ที่เกิดขึ้น ทุกเดือน
- 3) นำประเด็น/ข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้น มาพูดคุยในการประชุมของหน่วยงานทุกเดือน
- 4) จัดทำเป็นบัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) ของหน่วยงาน โดยนำข้อมูลความเสี่ยง มาวิเคราะห์และจัดระดับความรุนแรงเพื่อการจัดการ พิจารณาและวางมาตรการในการควบคุมป้องกันที่เหมาะสม
- 5) ประเมินการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานของ โดยติดตามเครื่องชี้วัดของหน่วยงาน ทุกเดือน เฝ้า ระวังความเสี่ยงใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น

7.2 การบริหารความเสี่ยงระดับทีม (คณะกรรมการ/ทีมนำต่างๆ)

- 1) นำข้อมูลที่ได้จากคณะกรรมการบริการความเสี่ยง รวมทั้งข้อมูลความเสี่ยงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มาเป็นประเด็นในการประชุมทุกครั้ง
- 2) วิเคราะห์/จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และหาสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหา ทบทวนและกำหนดมาตรการในการแก้ไข/ป้องกันการเกิดซ้ำ
- 3) จัดส่งรายงานการวิเคราะห์และมาตรการให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพ ตามแบบบันทึกสรุปการทำ RCA รวมทั้งติดตามการดำเนินงานตามมาตรการที่กำหนด ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/รับผิดชอบ หากการทำ RCA ไม่เป็นไปตามกำหนดเวลา คณะอนุกรรมการเลขาความเสี่ยง จะส่งใบเสนอแนะโอกาสพัฒนา (ใบ CAR) เพื่อเตือนให้ดำเนินการต่อไป
- 4) ศึกษาแนวโน้มของปัญหา/ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อกำหนดเป็นมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงของทีมต่อไป
- 5) ศึกษาแนวทาง หรือมาตรการในการแก้ไข/ป้องกัน ของทีมอื่นๆ เพื่อนำมาปรับใช้ในทีม

7.3 การบริหารความเสี่ยงระดับ โรงพยาบาล

1. จัดทำ แบบรายงานเหตุการณ์/อุบัติการณ์ (ใบ HOIR) แบบบันทึกคำร้องเรียน / ความเห็นของผู้ป่วย (ใบ COR) แจกจ่ายให้ทุกหน่วยงาน เพื่อบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือข้อร้องเรียน ส่งศูนย์พัฒนาคุณภาพ
2. คณะอนุกรรมการเลขาความเสี่ยง นำแบบรายงานเหตุการณ์/อุบัติการณ์ ใบ CAR และรายงานความเสี่ยงอื่น ๆ รวบรวมเป็นสถิติ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอต่อ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
3. กรณีเป็นความเสียหายที่รุนแรง และมีโอกาสถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ใน 4 ประเด็น ได้แก่
 - กรณีร้องเรียนเกี่ยวกับประเด็นการตาย
 - กรณีร้องเรียนเกี่ยวกับประเด็นการบาดเจ็บสาหัสจากการรักษา
 - กรณีร้องเรียนเกี่ยวกับประเด็นเรียกค่าเสียหายจากการรักษาพยาบาล
 - กรณีร้องเรียนผ่านสื่อต่าง ๆ เป็นการเสื่อมเสียชื่อเสียงโรงพยาบาล

ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และ/หรือผู้ได้รับมอบหมาย ควรแจ้งให้ทีมใกล้เคียง (คณะกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม) ทราบโดยด่วน เพื่อพิจารณาและบริหารคำเรียกร้อง ก่อนที่จะเกิดการฟ้องร้องจริง และบริหารการเงินเพื่อชดเชย ความสูญเสีย และสรุปข้อมูล ส่งให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพ ประสานหน่วยงานเพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาต่อไป

4. กรณีเหตุการณ์ที่มีระดับความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป กำหนดให้ทีมที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการวิเคราะห์หาสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหา (Root Cause Analysis) ทบทวนและกำหนดมาตรการในการแก้ไข และป้องกันการเกิดซ้ำ

5. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ควรวิเคราะห์ ศึกษา และประเมินผลการดำเนินการบริหารความเสี่ยงต่างๆ ในประเด็น

5.1 สาเหตุ / ปัจจัยร่วม ที่ทำให้เกิดความเสียหาย

5.2 ระดับความรุนแรงของผลลัพธ์ และ ผลกระทบ

5.3 ประสิทธิภาพ ความเหมาะสมของกลยุทธ์ที่ใช้ป้องกันและการจัดการ และ พิจารณาเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประชุม กรณีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นๆติดต่อกันใน 3 เดือน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบ

6. นำผลสรุปแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ และนำเสนอในคณะกรรมการบริหาร ทุก 3 เดือน

7.4 การจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ

การรับรู้ข้อร้องเรียน

1. ผ่านแบบบันทึกคำร้องเรียน/ความเห็นของผู้ป่วย (ผป.เขียนเอง ตามแบบฟอร์ม)
2. การร้องเรียนด้วยวาจา ที่มาด้วยตนเอง / โทรศัพท์ (จนท.บันทึกให้)
3. ผ่านแบบรายงานเหตุการณ์ (HOIR) เมื่อบุคลากรพบเหตุการณ์เอง
4. การร้องเรียนผ่าน สปสช
5. สื่อสารออนไลน์
6. การสำรวจความพึงพอใจ

ในประเด็นที่ 4 เมื่อหน่วยงานสิทธิประโยชน์ ได้รับข้อมูลข้อร้องเรียนผ่าน สปสช จะส่งต่อข้อมูล ให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพ เช่นเดียวกับ ข้อ 1 , 2 , 3 ซึ่งเมื่อบันทึกผ่านแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้องแล้ว จะเข้าสู่ระบบบริหารความเสี่ยงของ รพ.เพื่อส่งต่อทีมหน้าที่เกี่ยวข้อง ในการตอบสนองต่อไป

ส่วนการสำรวจความพึงพอใจ โรงพยาบาลได้กำหนดให้มีการสำรวจปีละ 2 ครั้ง เมื่อได้ผลสรุป จะแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องตอบสนองต่อไป

การจัดการข้อร้องเรียน/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

หลังการรับรู้เหตุการณ์ ผู้เกี่ยวข้องเป็นผู้ประเมินระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ หากเป็นระดับ E ขึ้นไป หรือมีแนวโน้มที่ผู้รับบริการจะมีการร้องเรียน แจ้งงานบริหารความเสี่ยง เพื่อแจ้งทีมเจรจาไกล่เกลี่ยซึ่งทีมจะทบทวนเหตุการณ์และขอข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติม ก่อนการพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้รับบริการเมื่อจำเป็น

8. Patient and Personnel Safety Goals

เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบบริการของโรงพยาบาลมีความเสี่ยงน้อยที่สุด ได้กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยที่โรงพยาบาลให้ความสำคัญ ครอบคลุม ตาม Patient Safety Goals : SIMPLE ซึ่งจะมีการปรับเปลี่ยนตามข้อมูลความเสี่ยงในแต่ละปี และตั้งแต่ปี 2560 ได้มีการดำเนินการในทุกหัวข้อของ SIMPLE ดังนี้

8.1 ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety Goals : SIMPLE)

S : Safe Surgery = SSI Prevention , Safe Anesthesia , Safe Surgical Team
(Correct procedure at correct body site , Surgical Safety Checklist)

Enhanced Recovery After Surgery

I : Infection Control = Hand Hygiene , Prevention of Healthcare Associated Infection (CAUTI & VAP Prevention , Central line infection Prevention) Control of MDRO (multi-drug resistant organisms)

M: Medication & Blood Safety = Safe from ADE (Control of concentrated electrolyte Solutions , Improve the safety of High-Alert Drug , Safe from Medication error (Look-Alike Sound-Alike Medication Names) , Medication Reconciliation , Blood Safety

P : Patient Care Processes = Patients Identification , Communication (Effective Communication SBA, Communication During Patient Care Handovers, Communicating Critical Test Results , Verbal or Telephone Order/ Communication , Abbreviations, Acronyms, Symbols, & Dose Designation) , Proper Diagnosis , Preventing Common Complication (Pressure Ulcers , Falls) Pain Management

L : Line, tube & Catheter = Avoiding Catheter and Tubing Mis-connections

E : Emergency Response = Response to the Deteriorating Patient/RRT , Sepsis , Acute Coronary Syndrome , Maternal & Neonatal Morbidity : PPH

8.2 ความปลอดภัยของบุคลากร (Personnel Safety Goals : SIMPLE)

S : Social media and Communication = Security and Privacy of Information , Social media and Communication Professionalism

I : Infection and Exposure = Fundamental of Infection Control and Prevention for Workforce , Specific Infection Control and Prevention for Workforce

M : Mental Health (Second Victim) and Mediation = Mental Health : Mindfulness at Work , Second Victim , Burnout and Mental Health Disorder ; Mediation

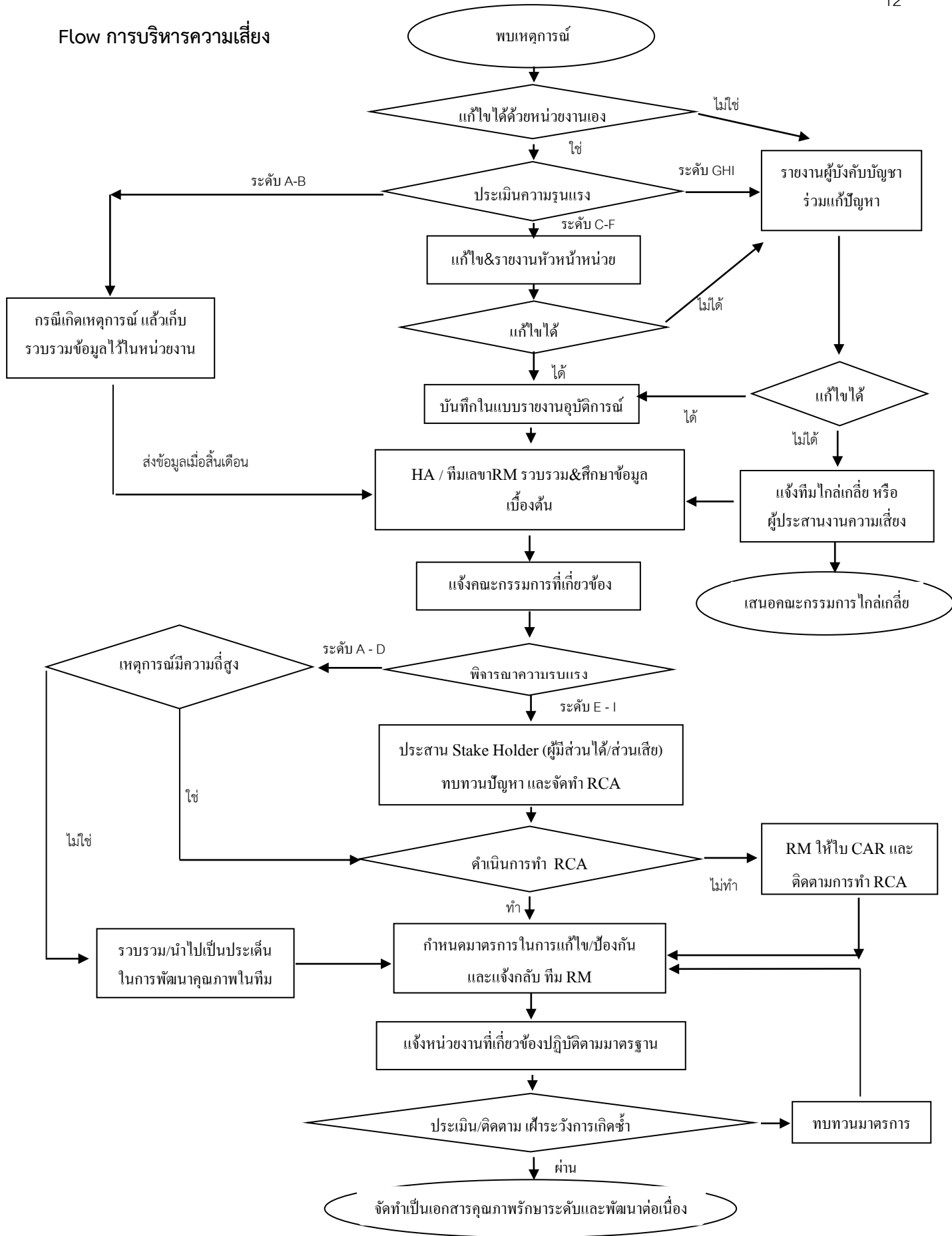
P : Process of Work = Fundamental Guideline for Prevention of Work-Related Disorder , Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder , Fitness for Duty Health Assessment

L : Lane (Ambulance) and Legal Issues = Ambulance and Referral Safety , Legal Issues

E : Environment and Working Conditions = Safe Physical Environment , Working Conditions , Workplace Violence

ภาคผนวก

Flow การบริหารความเสี่ยง



****หมายเหตุ:** การรายงานนอกเวลาราชการ ให้รายงานพยาบาลตรวจการ / แพทย์เวร ER / แพทย์เวรใน ถ้าเป็นเรื่องรุนแรงให้รายงานประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง / ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

<p>③ โปรแกรมด้านสิทธิ (ผู้ป่วย / บุคลากร) / จริยธรรมวิชาชีพ / ข้อร้องเรียน</p> <p>3.1 <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการทำหัตถการ / การรักษา</p> <p>3.2 <input type="checkbox"/> ไม่สมัครใจรักษา / หนักกลับ ระบุสาเหตุ.....</p> <p>3.3 <input type="checkbox"/> พฤติกรรมบริการ 3.4 <input type="checkbox"/> ละเมิดสิทธิผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ละเมิดสิทธิบุคลากร</p> <p>3.5 <input type="checkbox"/> ข้อร้องเรียน <input type="checkbox"/> ระบบบริการ <input type="checkbox"/> สิ่งแวดล้อม (ระบุ).....</p> <p>3.6 <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p>	<p>④ โปรแกรมด้านข้อมูลและสารสนเทศ</p> <p>4.1 <input type="checkbox"/> เวชระเบียนไม่ถูกต้อง 4.2 <input type="checkbox"/> เวชระเบียนหาย</p> <p>4.3 <input type="checkbox"/> ไม่ได้บันทึกเวชระเบียน / บันทึกไม่ครบถ้วน</p> <p>4.4 <input type="checkbox"/> ระบบ IT <input type="checkbox"/> เครื่องมือ อุปกรณ์ (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> ระบบบริการ IT <input type="checkbox"/> โปรแกรม (OPD, IPD, การเงิน, อื่นๆ.....)</p> <p>4.5 <input type="checkbox"/> ผิดคน 4.6 <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p>
<p>⑤ โปรแกรมด้านบุคลากร / การสื่อสาร</p> <p>5.1 <input type="checkbox"/> ขาดเวร / ขาดงาน</p> <p>5.2 <input type="checkbox"/> ลากะทันหัน</p> <p>5.3 <input type="checkbox"/> ละทิ้งหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน</p> <p>5.4 <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ/บาดเจ็บจากการทำงาน</p> <p>5.5 <input type="checkbox"/> การสื่อสารบกพร่อง</p> <p>5.5.1 <input type="checkbox"/> ระหว่างบุคลากร 5.5.2 <input type="checkbox"/> ระหว่างหน่วยงาน <input type="checkbox"/> ข้อมูลไม่ชัดเจน <input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน <input type="checkbox"/> เข้าใจไม่ตรงกัน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>5.6 <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p>	<p>⑦ โปรแกรมด้านโครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย</p> <p>7.1 <input type="checkbox"/> ประปา 7.2 <input type="checkbox"/> ไฟฟ้า 7.3 <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ 7.4 <input type="checkbox"/> จราจร</p> <p>7.5 <input type="checkbox"/> อากาศ 7.6 <input type="checkbox"/> อาคารสถานที่ 7.7 <input type="checkbox"/> ถนน</p> <p>7.8 <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... ความเสี่ยงที่พบ <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> ไม่พร้อมใช้ <input type="checkbox"/> ไม่ปลอดภัย</p>
<p>⑨ โปรแกรมด้านการเงิน</p> <p>9.1 <input type="checkbox"/> ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้</p> <p>9.2 <input type="checkbox"/> ส่งเวชระเบียนล่าช้า ถูกตัดเงิน</p> <p>9.3 <input type="checkbox"/> ไม่มียา / เครื่องมือ / อุปกรณ์ เนื่องจากบริษัทจัดส่งของ</p> <p>9.4 <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p>	

<p>①① โปรแกรมด้านวิจัย</p> <p>10.1 <input type="checkbox"/> ความรู้ (ระบุ).....</p> <p>10.2 <input type="checkbox"/> สิ่งสนับสนุน (ระบุ).....</p> <p>10.3 <input type="checkbox"/> จริยธรรม (ระบุ).....</p> <p>10.4 <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p>	<p>①① โปรแกรมด้านการเรียน การสอน</p> <p>11.1 <input type="checkbox"/> อุปกรณ์ (ระบุ).....</p> <p>11.2 <input type="checkbox"/> ห้องเรียน (ระบุ).....</p> <p>11.3 <input type="checkbox"/> อาจารย์ (ระบุ).....</p> <p>11.4 <input type="checkbox"/> ห้องสมุด (ระบุ).....</p> <p>11.5 <input type="checkbox"/> นิสิต/นักศึกษา (ระบุ).....</p>	<p>①② โปรแกรมด้านศิลปะและวัฒนธรรม</p> <p>12.1 <input type="checkbox"/> ปัจจัยเอื้ออำนวย (ระบุ).....</p> <p>12.2 <input type="checkbox"/> การแต่งกาย (ระบุ).....</p> <p>12.3 <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p>
---	--	---

บรรยาย / สรุปเหตุการณ์และการจัดการเบื้องต้น (กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจงเพื่อความชัดเจนในการส่งต่อข้อมูล)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สาเหตุ(เบื้องต้นของเหตุการณ์ครั้งนี้)

ผู้ป่วย (ระบุ)..... ระบบงานเดิม (ระบุ)..... บุคลากร (ระบุ).....

สิ่งแวดล้อม (ระบุ)..... เครื่องมือ/อุปกรณ์ (ระบุ)..... การสื่อสาร(ระบุ).....

อื่นๆ (ระบุ).....

แนวทางแก้ไข/ป้องกัน

.....

.....

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

.....

เฉพาะงาน RM : ส่งผู้เกี่ยวข้อง

PCT.....

MSO NSO เกสเซอร์

ทีมนำ.....

ทีมนำ.....

อื่นๆ.....

ผู้เห็นเหตุการณ์ประเมิน ระดับ A ระดับ B ระดับ C ระดับ D ระดับ E ระดับ F ระดับ G ระดับ H ระดับ I

กรรมการความเสียหายประเมิน ระดับ A ระดับ B ระดับ C ระดับ D ระดับ E ระดับ F ระดับ G ระดับ H ระดับ I

แบบบันทึกคำร้องเรียน / ความเห็นของผู้ป่วย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ต้องการ ร้องเรียน แสดงความคิดเห็น ชมเชยการปฏิบัติงาน

1. รายละเอียดผู้ร้องเรียน / ผู้แสดงความคิดเห็น

ชื่อ-สกุลสถานะ ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ ญาติ ผู้พบเห็นเหตุการณ์
ที่อยู่.....

โทรศัพท์ บ้าน..... ที่ทำงาน มือถือ.....

กรณีเจ้าหน้าที่ช่วยบันทึก วิธีการร้องเรียน จดหมาย โทรศัพท์ โทรสาร แจ้งด้วยวาจา อื่นๆ....

2. หน่วยงานที่ร้องเรียน

ผู้ป่วยนอก ห้องตรวจ ผู้ป่วยใน ตึก..... อื่นๆ (ระบุ).....

3. เรื่องที่ร้องเรียน

.....

4. เรื่องแสดงความคิดเห็น / ชมเชย

.....

เฉพาะงาน RM : ส่งผู้เกี่ยวข้อง
 PCT.....
 MSO NSO เกสเซอร์
 ทีมนำ.....
 ทีมนำ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

การดำเนินการ

เลขที่รับคืน
 วันที่

**แบบบันทึกสรุปการทบทวนหาสาเหตุ
โรงพยาบาลชลประทาน**

1. ชื่อเหตุการณ์ (ตามแบบรายงาน HOIR).....
- เลขที่รับ (HOIR)..... วันที่รับ (HOIR).....
- วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ.....
- สถานที่เกิดเหตุ..... หอผู้ป่วย / หน่วยงาน

2. รายละเอียดของเหตุการณ์

เวลา	เหตุการณ์	ข้อสังเกตอื่นๆ

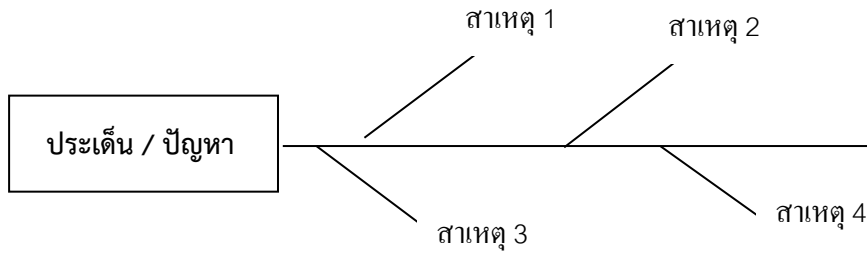
3. การวิเคราะห์เบื้องต้น

ประเด็นทบทวน	รายละเอียด / หรือปัญหาที่พบ	เป็นสาเหตุหรือไม่
1. ผู้ป่วย		
2. ระบบงานเดิม / ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	- จะเขียนเป็นข้อๆ หรือทำเป็น Flow Chart ก็ได้ แล้วระบุว่ามีการทำ / ไม่ทำ / หรือทำแตกต่างไปจากเดิม	
3. บุคลากร	- อัตรากำลัง / คุณสมบัติ / ความสามารถ / ทักษะ	
4. เครื่องมือและอุปกรณ์	- พอ ? - ประสิทธิภาพ ?	
5. สิ่งแวดล้อม	- ชัดเจน ? ครบถ้วน ? - ต่อเนื่อง	
6. การสื่อสาร		
7. อื่นๆ		

หมายเหตุ

- หากเป็นเหตุการณ์อื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ข้อ 1 ไม่ต้องวิเคราะห์
- หากมีประเด็นอื่นๆ ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับปัญหาสามารถทบทวนเพิ่มเติมได้ เช่น ระบบการบริหารจัดการ เป็นต้น

4. ผังการวิเคราะห์ (ผังก้างปลา หรือ Tree diagram หรืออื่นๆ เช่น Flow ปกติ+ข้อบกพร่อง)



หรือ

Flow ปกติ	ข้อบกพร่องที่พบ	ข้อจำกัดที่ไม่สามารถปฏิบัติได้

สรุปสาเหตุสำคัญ

- 1.....
- 2.....
- 3.....

5. สรุปสิ่งที่ต้องดำเนินการเพื่อการแก้ไข / ป้องกัน

มาตรการ / กลยุทธ์ในการลดความเสี่ยง	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	กำหนดแล้วเสร็จ

คณะทำงาน

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

- หมายเหตุ
- ไม่ควรระบุชื่อผู้ป่วย เพื่อให้เป็นความลับ / ปกป้องผู้ป่วย
 - ไม่ควรระบุชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อจะไม่ให้เป็นการจับผิด
- เป็นความต้องการวิเคราะห์หาความผิดปกติในระบบ

แบบฟอร์มแสดงการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (RCA)

หน่วยงาน HOIR No:

วันที่เกิดเหตุการณ์ วันที่ทบทวน

ระดับความรุนแรง ประเด็น

สมาชิกผู้ร่วมทบทวน ประกอบด้วย

1. 2.
3. 4.

ขั้นตอนการทบทวน/วิเคราะห์

1. เรียงร้อยเรื่องราว (Timeline) ลำดับเหตุการณ์ : สรุปเหตุการณ์สำคัญ (When ,What ,Where ,How)

บรรยาย หรือ บันทึกเหตุการณ์ตามเวลา

2. หาจุดเปลี่ยน (unsafe act) : สรุปประเด็นสำคัญ (What ?) ประเด็นสำคัญ หรือ การกระทำ/การตัดสินใจ ที่อาจนำไปสู่ความไม่ปลอดภัย มีอะไรบ้าง อาจจะมีได้มากกว่า 1 จุด หากการเขียน flowchart ช่วยให้เกิดความเข้าใจดีขึ้นก็ให้เขียน flow chart ประกอบ

3. คำถามที่ใช้กระตุ้นทีมในการวิเคราะห์หา RCA

no	ปัจจัย		
1	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	ผู้ป่วย	() อาการ , () ความรุนแรงของโรค , () แนวโน้มของโรค, () case เข้าห้อง , () ขาดข้อมูล
2	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	บุคลากร	() ความรู้ ความสามารถ, () ทักษะ, () อ่อนล้า, () แรงจูงใจ ,() ทัศนคติ , () สุขภาพกายและจิต, () ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
3	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	งานที่มอบหมาย	() ภาระงานหนักเกินไป, () การมอบหมายไม่เหมาะสมกับระดับความสามารถ () อื่นๆ
4	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	ทีมงาน	() โครงสร้างของทีมงาน, () ลักษณะของผู้นำ, () การสนับสนุนจากฝ่าย บริหาร () อื่นๆ
5	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	เครื่องมือ	() ขำรุด, () ใช้ไม่เป็น, , () ไม่ได้รับการตรวจสอบ/บำรุงรักษา, () Error บ่อย () อื่นๆ
6	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	วัฒนธรรมของ องค์กร	() องค์กรเอื้อต่อการแก้ปัญหา, () แรงกดดัน, () การเงิน, () ทิศทาง- นโยบาย () อื่นๆ
7	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	สิ่งแวดล้อม	() ปัจจัยทางกายภาพ เช่นแสง,เสียง,โต๊ะ-เก้าอี้ไม่เหมาะสม,ความปลอดภัย () อื่นๆ
8	() เกี่ยวข้อง () ไม่เกี่ยวข้อง	การสื่อสาร	() การสื่อสารไม่ทั่วถึง, () แนวทางการปฏิบัติไม่ชัดเจน, () ไม่สื่อสาร, () การสื่อสารระหว่างหน่วยงาน () อื่นๆ

4. หาปัจจัยสาเหตุ ให้ร่วมกันพิจารณาปัจจัยที่เป็น workplace factor และ organization factor ที่เกี่ยวเนื่องกับ unsafe act พยายามอย่าให้จบที่ human error

Local Workplace Factors	Organizational Factors
ลักษณะของผู้ป่วยมีผลต่อการเกิด AE หรือไม่	แนวทางอะไรที่ควรมีสำหรับผู้ป่วยที่มีลักษณะนี้
บุคลากรมีความเหนื่อยล้า เครียด เสียสมาธิหรือไม่	การจัดระบบงานและสิ่งแวดล้อมอะไรที่จะป้องกันได้
บุคลากรมีความรู้และทักษะเพียงพอหรือไม่	การฝึกอบรมและการให้ข้อมูลอะไรบ้างที่จำเป็น ระบบเตือน (reminder system) อะไรที่จะช่วยได้
สมาชิกในทีมมีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่หรือไม่	มีการมอบหมายงานอย่างไร
สมาชิกในทีมได้รับข้อมูลที่ชัดเจนหรือไม่	แนวทางการบันทึกข้อมูล การสื่อสารและส่งต่อข้อมูล ระหว่างสมาชิกที่จะช่วยป้องกันได้ควรเป็นอย่างไร
เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ สถานที่ มีความพร้อมหรือไม่	ระบบการจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ สถานที่/ สิ่งแวดล้อม อะไรที่ช่วยได้ มีทรัพยากรอะไรที่ต้องการเพิ่ม
	ระบบการติดตามกำกับและตอบสนองเป็นอย่างไร
	การออกแบบระบบงานเอื้อต่อการทำงานที่ปลอดภัยหรือไม่
	มีนโยบายอะไรที่เป็นอุปสรรคในเรื่องนี้
	วัฒนธรรมองค์กรเป็นอย่างไร

5. สรุปสาเหตุที่ทีมคิดว่าน่าจะเป็นสาเหตุของปัญหานี้ โดยถามตัวเองว่า

- ถ้าเราแก้ไขสาเหตุนี้แล้ว จะเกิดปัญหาซ้ำอีกหรือไม่ ?
- ถ้าทีมคิดว่าเป็นสาเหตุที่แท้จริง จะอธิบายสิ่งที่เกิดได้อย่างไร?

6. ออกบระบบด้วยความคิดสร้างสรรค์ ให้ร่วมกันพิจารณาว่าจะใช้แนวคิด Human Factor Engineering และความคิดสร้างสรรค์ในการออกแบบระบบงานเพื่อป้องกันปัญหาอย่างไร แล้วตั้งคำถามกลับว่าเมื่อทำอย่างนั้นแล้วจะป้องกันปัญหาได้จริงหรือไม่

ทีมสรุปแนวทางการป้องกันแก้ไขมิให้เกิดซ้ำ ทีมคิดร่วมกัน

-ถ้ามีผู้ป่วยที่มีอาการป่วย โรค สภาพคล้ายรายนี้ มารักษาที่เราอีก เราจะทำอะไร ให้เกิดความเสี่ยงน้อยที่สุด

-ถ้าย่นเวลาได้ (ย่นคิด) จะทำอะไรให้ดีที่สุดเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่ให้เกิดซ้ำ? (คน ,ระบบ,เครื่องมือ)

(นำข้อมูลที่สรุปได้ในช่องนี้ ไปบันทึกลงใน Service Profile หรือแฟ้มการทบทวน12กิจกรรม เช่น บันทึกลงในกิจกรรมที่การทบทวนเหตุการณ์ที่สำคัญ เพื่อเข้าสู่ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อไป)

สรุปการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงRCA

วัน เดือน ปี	สรุปเหตุการณ์	สาเหตุของปัญหา	วิธีดำเนินการป้องกัน/แก้ไข	ผู้รับผิดชอบ

ลงชื่อ หัวหน้าทีม

วันที่