

รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล :
การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

จัดทำโดย นางสาวอัญญา พุทธิปลันธน์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารมหานครระดับกลาง รุ่นที่ ๑๕
สถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘

รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล :
การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

จัดทำโดย นางสาวอัจฉรา พุทธิปลั่ง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์

หลักสูตรนักรับบริหารมหานครระดับกลาง รุ่นที่ ๑๕
สถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘

รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา

บทสรุปผู้บริหาร

ความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันโรงพยาบาลให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) แน่นหนาว่าทุกคนต้องการเข้าโรงพยาบาลแล้วมีความปลอดภัย ในต่างประเทศมีการรวบรวมสถิติเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยว่า Adverse Event (AE) หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลประมาณ ๒.๙-๓.๗ % และพบว่า ในแต่ละปีมีคนเสียชีวิตในเรื่องของผลของการดูแลผู้ป่วย ๔๔,๐๐๐ - ๙๘,๐๐๐ ราย/ปี

สำหรับประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) เก็บข้อมูลในกลุ่มของผู้รับบริการและผู้ให้บริการกลุ่มเล็กๆ พบว่า มติคุณภาพที่ประชาชนต้องการมากที่สุดคือเรื่องความปลอดภัย ๙๓% ในช่วงที่ผ่านมาเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์เกิดขึ้น มีการฟ้องร้องของผู้ป่วยและญาติ และมีการช่วยเหลือตามมาตรา ๔๑ ตั้งแต่ปี ๒๕๔๗

ระบบการรายงานอุบัติการณ์ เป็นการรายงานความผิดพลาด/คลาดเคลื่อน หรือ เหตุการณ์ไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นด้วยความสมัครใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า อัตราการรายงานขึ้นกับบรรยากาศ/วัฒนธรรมขององค์กรเกี่ยวกับการจัดการปัญหาความเสี่ยง มีเพียง ๑๐-๒๐% ของความผิดพลาดที่ถูกรายงาน และ ๙๐-๙๕% มิได้ก่อให้เกิดอันตรายใดๆแก่ผู้ป่วย มีความไม่ปลอดภัย(ความเสี่ยง)ทางคลินิก (Clinical risk) จำนวนมากไม่ถูกรายงานเนื่องจากแพทย์มักมองว่าเป็นเรื่องปกติ หรือเกรงว่าอาจนำไปสู่การฟ้องร้องในภายหลัง

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเฉลี่ยประมาณเดือนละ ๑๕๐ ฉบับ ระบบการรายงานเป็นการเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเอกสารแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ ทำให้เกิดความล่าช้า ส่งผลให้การตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ล่าช้าไปด้วยมีเพียงการแก้ไขเฉพาะหน้า ไม่เกิดการทบทวนเชิงระบบ จากการทบทวนสถิติการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ พบปัญหาการค้นหาความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่น้อยกว่าความเป็นจริง เมื่อความเสี่ยงไม่ถูกรายงาน ทำให้ไม่ทราบปัญหาที่แท้จริง ส่งผลให้ไม่มีการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบ ทำให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ไม่มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการเกิดปัญหาการฟ้องร้อง การสูญเสีย ประกอบกับการรับ-ส่ง ข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีความล่าช้า และการส่งข้อมูลตอบกลับไปให้ผู้รายงานไม่เป็นระบบ ทำให้บุคลากรไม่เห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จึงควรพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงโดยเฉพาะการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง สร้างความตระหนักกับทุกคนโดยการมีส่วนร่วมทุกหน่วยงานจนเกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัย

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเป็นเชิงระบบ
๒. เพื่อเพิ่มการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

เป้าหมาย / ตัวชี้วัด

๑. จำนวนการรายงานความเสี่ยง > ๒๐๐ รายงาน / เดือน
๒. ร้อยละความสำเร็จของการจัดทำสารสนเทศความเสี่ยงประจำเดือน > ๙๐%
๓. ร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับรุนแรง (G, H, I) ได้รับการทบทวนเป็นเชิงระบบ > ๕๐%

วิธีดำเนินการ

๑. พัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยจัดทำโปรแกรมรายงานทางคอมพิวเตอร์และเข้าร่วมเป็นสมาชิกโปรแกรม HRMS ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สรพ.

๒. รวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำสารสนเทศความเสี่ยงประจำเดือนส่งให้ทีมนำ /หน่วยงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์หาสาเหตุ แก้ไขเป็นเชิงระบบ

ประโยชน์ / ผลการศึกษา

ผลของการดำเนินงานที่คาดว่าจะได้รับคือบุคลากรของโรงพยาบาลมีการรายงานความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากการมีระบบโปรแกรมรายงานความเสี่ยงที่ง่ายและสะดวกต่อการรายงาน ไม่เพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติทุกๆหน่วยงาน และสามารถจัดทำสารสนเทศความเสี่ยงประจำเดือนได้ทันเวลา ทำให้มีการทบทวน แก้ไขปัญหาเป็นเชิงระบบ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติ ปฏิบัติงานอย่างมั่นใจ มีระบบงานที่มุ่งเน้นด้านความปลอดภัยต่อผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ

ข้อเสนอแนะ

การนำโครงการไปดำเนินการเพื่อให้ประสบความสำเร็จควรมีการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยง การทำงานเป็นทีมของทีมนำด้านคุณภาพ และการติดตามงานสม่ำเสมอ เพราะการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงเป็นหัวใจสำคัญในระบบบริหารความเสี่ยงขององค์กร ระบบการรายงานที่ง่ายและสะดวก ไม่รบกวนการทำงาน ไม่กล่าวโทษกันจะทำให้บุคลากรมีการรายงานเพิ่มขึ้น เพราะอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งหมดเมื่อมีการรายงานเข้ามา ทำให้องค์กรเห็นปัญหาที่แท้จริง นำสถิติที่ได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุเพื่อหาทางแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ ทำให้องค์กรมีการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ดี มีการทำงานที่เป็นระบบ มีความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการรวมถึงองค์กรภายนอกที่เกี่ยวข้องด้วย นอกจากนี้ยังลดการร้องเรียน ฟ้องร้อง ลดการสูญเสียทั้งค่าใช้จ่ายและทรัพยากรบุคคล ผู้ปฏิบัติงานมีขวัญ กำลังใจส่งผลให้การทำงานมีคุณภาพ มีความสุขพร้อมที่จะพัฒนาองค์กรต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ ดร.รัฐ ธนาติเรก ที่ให้การอบรมความรู้ด้านการคิด การวางแผน การจัดทำแผนเชิงกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ ขอขอบพระคุณท่านกฤติยา สัจจรักษ์ ที่ช่วยให้ความรู้ด้านแนวทางการทำรายงานส่วนบุคคล และขอขอบพระคุณศาสตราจารย์(พิเศษ) มานิต ศรีประโมทย์ ที่ปรึกษาด้านวิจัยทางการแพทย์ สำนักการแพทย์ ที่ช่วยให้คำปรึกษาการจัดทำรายงานส่วนบุคคลจนสามารถจัดทำรายงานส่วนบุคคล เรื่องพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล : การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ได้สำเร็จ ขอขอบคุณบุคลากรกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ อาชีวนามัย และสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ที่ช่วยเหลือในการจัดทำรายงานส่วนบุคคล ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ของฝ่ายพัฒนานักบริหาร ส่วนพัฒนาการบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกตลอดการศึกษา

นางสาวอัญญา พุทธิปลันธน์
ผู้ศึกษา

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	
กิตติกรรมประกาศ	
หลักการและเหตุผล	๑
- สถานการณ์ / สภาพปัญหา	๑
- การนำหลักวิชาการมาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา	๒
- แนวทาง / ข้อเสนอในการแก้ปัญหา	๔
วัตถุประสงค์	๖
เป้าหมาย	๖
ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ	๖
นิยามศัพท์	๖
ภารกิจดำเนินการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	๗
งบประมาณ	๘
แผนปฏิบัติการ	๙
แผนการปฏิบัติงาน	๑๑
แนวทางในการบริหารความเสี่ยง	๑๓
การประเมินผล	๑๔
ข้อเสนอแนะ	๑๕
บรรณานุกรม	๑๖
ภาคผนวก	๑๗
- ภาคผนวก๑ สถิติการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	๑๘
- ภาคผนวก๒ แบบฟอร์มการรายงานอุบัติการณ์	๒๑
- ภาคผนวก๓ โปรแกรมการรายงานความเสี่ยง	๒๕
ประวัติผู้เขียนเอกสารโครงการส่วนบุคคล	๓๔

พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล : การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

หลักการและเหตุผล

สถานการณ์ / สภาพปัญหา

ปัจจุบันโรงพยาบาลให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) แน่ใจว่าทุกคนต้องการเข้าโรงพยาบาลแล้วมีความปลอดภัย ในต่างประเทศมีการรวบรวมสถิติเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยว่า **Adverse Event (AE)** หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลประมาณ ๒.๙ – ๓.๗ % และพบว่าในแต่ละปีมีคนเสียชีวิตในเรื่องของการดูแลผู้ป่วย ๔๔,๐๐๐ – ๘๘,๐๐๐ ราย/ปี ที่สำคัญสิ่งที่เป็นความปลอดภัยของผู้ป่วยที่พบว่ามีรายงานความเสี่ยงที่พบมากที่สุด เป็นความเสี่ยงในเรื่องของความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error : ME) ทั้งเรื่องการจ่ายยา การให้ยา มากกว่า ๕๐% ของผู้ที่ได้รับยา สิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นเพราะระบบบริการสุขภาพเป็น Complex System หมายความว่า ยิ่งเพิ่มโอกาสให้เกิดบางสิ่งบางอย่างยิ่งผิดพลาดได้ง่ายยิ่งขึ้น

องค์การอนามัยโลก (WHO) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย เมื่อเดือน มิถุนายน ค.ศ. ๒๐๑๔ มีสถิติการนอนในโรงพยาบาล ๑ ใน ๑๐ ราย จะต้องได้รับอันตรายตั้งแต่เกิดข้อผิดพลาดไปจนถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ๕๐ % ที่เกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนทางด้านศัลยกรรม สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ป้องกันได้ ในต่างประเทศ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับระบบสุขภาพ ๒๐ – ๔๐ % สูญเสียไปกับค่าใช้จ่ายการมีคดีฟ้องร้องเสียค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในเรื่องของการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

สำหรับประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) เก็บข้อมูลในกลุ่มของผู้รับบริการและผู้ให้บริการกลุ่มเล็กๆ พบว่า มติคุณภาพที่ประชาชนต้องการมากที่สุดคือเรื่องความปลอดภัย ๙๓% ในช่วงที่ผ่านมาเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์เกิดขึ้น มีการฟ้องร้องของผู้ป่วยและญาติ และมีการช่วยเหลือตามมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕

ระบบการรายงานอุบัติการณ์ เป็นการรายงานความผิดพลาด/คลาดเคลื่อน หรือ เหตุการณ์ไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นด้วยความสมัครใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า อัตราการรายงานขึ้นกับบรรยากาศ/วัฒนธรรมขององค์กรเกี่ยวกับการจัดการปัญหาความเสี่ยง มีเพียง ๑๐-๒๐% ของความผิดพลาดที่ถูกรายงาน และ ๙๐-๙๕% มีได้ก่อให้เกิดอันตรายใดๆแก่ผู้ป่วย มีความไม่ปลอดภัย(ความเสี่ยง)ทางคลินิก (Clinical risk) จำนวนมากไม่ถูกรายงาน เนื่องจากแพทย์มักมองว่าเป็นเรื่องปกติ หรือเกรงว่าอาจนำไปสู่การฟ้องร้องในภายหลัง

การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ต้องการให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งบุคลากรของโรงพยาบาลเอง ซึ่งเป็นเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ การค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญเป็นการรวบรวมจากแหล่งต่างๆ สู่การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมายังคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์หาสาเหตุ นำไปแก้ไข ป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำด้วยภาระงานที่มาก และจำนวนผู้มารับบริการที่เพิ่มขึ้น ทำให้การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่ำกว่าความเป็นจริง ปัจจุบันโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเฉลี่ยประมาณเดือนละ ๑๕๐ ฉบับ (ภาคผนวก๑) ระบบการรายงานเป็นการเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเอกสารแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ (ภาคผนวก๒) ทำให้เกิดความล่าช้า ส่งผลให้การตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ล่าช้าไปด้วยมีเพียงการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ไม่เกิดการทบทวนเชิงระบบ ทำให้บุคลากรไม่เห็นความสำคัญต่อการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพื่อพัฒนาด้านความปลอดภัย ทั้งด้านคลินิก และด้านไม่ใช้คลินิก หากระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพ อาจเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย บุคลากร องค์กร และมีผลกระทบไปยังสำนักงานการแพทย์ และการบริหารงานของกรุงเทพมหานครได้

การนำหลักวิชาการมาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา

ความเสี่ยงคือ “โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์” สิ่งที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล ได้แก่ อันตรายหรือการบาดเจ็บต่อร่างกายและจิตใจ, เหตุร้าย, ภาวะคุกคาม, ความไม่แน่นอน, exposure และการเปิดเผยความลับ

ความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยมีทั้งด้านกายภาพ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

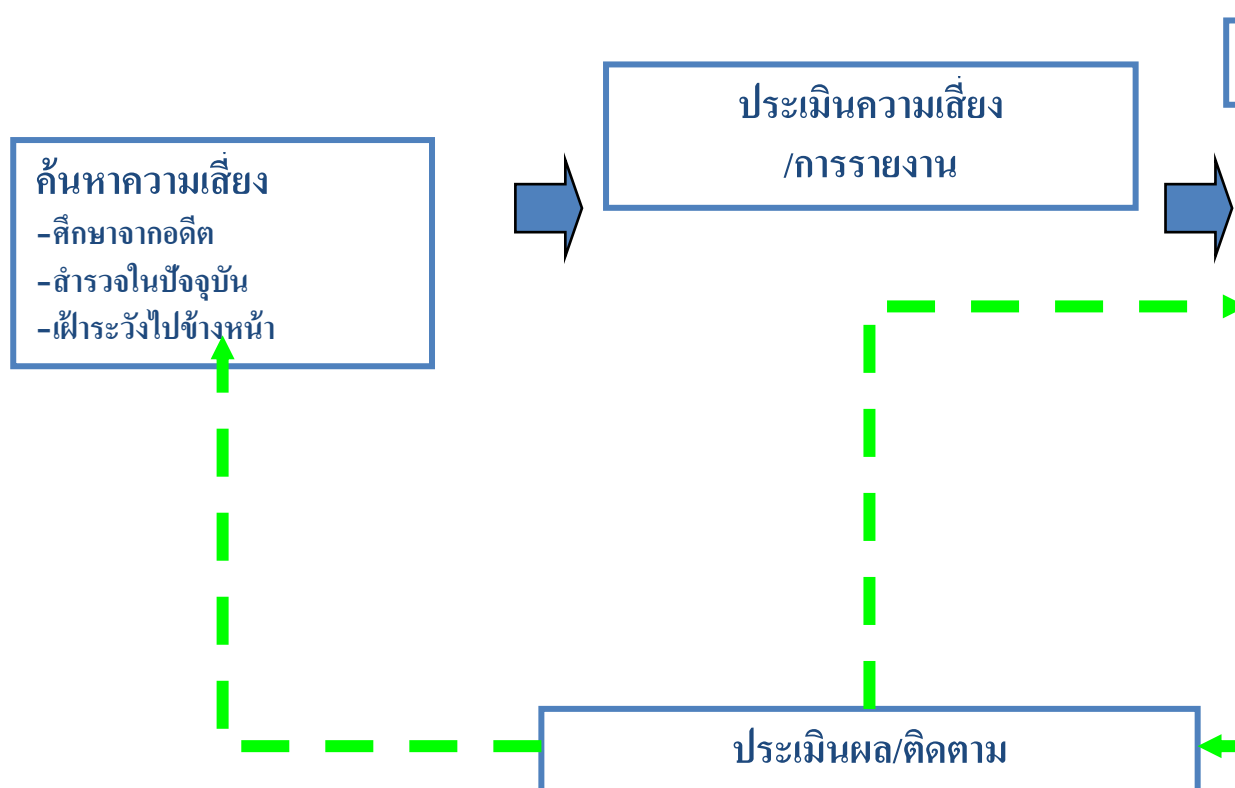
ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ ค้นหาความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ ๒ ประเมินและวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ ๓ การจัดการความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินผล



ขั้นตอนที่ ๑ การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification)

การค้นหาความเสี่ยงคือขั้นตอนเริ่มแรกของกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยการค้นหาความเสี่ยงกระทำได้โดย

- ๑.๑ การค้นหาจากอดีต เช่น ศึกษาความสูญเสียของหน่วยงานที่ผ่านมา, เรียนรู้ประสบการณ์ หรือความผิดพลาดของคนอื่น, ทบทวนข้อร้องเรียน

- ๑.๒. การศึกษาจากการสำรวจสภาพการในปัจจุบัน ซึ่งการค้นหาความเสี่ยงมี ๒ ประเภท ได้แก่

- การค้นหาเชิงรุก จากการตรวจสอบ เช่น ENV Round , IC Round , Risk Round , การทบทวนเวชระเบียน การค้นหาจากกระบวนการทำงาน , การทำกิจกรรมทบทวน

- การค้นหาแบบตั้งรับ จากรายงานต่างๆ เช่น รายงานอุบัติการณ์ รายงานเวรตรวจการ บันทึกประจำวันของหน่วยงาน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ ๒ การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment)

การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงจะครอบคลุมถึงการจำแนกประเภทความเสี่ยง, การประเมินระดับ ความรุนแรง, การประมวลผลข้อมูลความเสี่ยง

การจำแนกประเภทความเสี่ยง แบ่งเป็น ๒ ประเภท ดังนี้

๑. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) : ความเสี่ยงที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาซึ่งส่งผลต่อสภาพ ร่างกายของผู้ป่วย แบ่งเป็น ๓

- ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (common clinical risk) : เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อันเนื่องจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ สามารถเกิดได้ในผู้ป่วยไม่จำเพาะโรคใดโรคหนึ่ง เป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ได้แก่ ความปลอดภัยจากการใช้ยา/สารน้ำ และเลือด, การป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อ

- ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (specific clinical risk) : เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อันเนื่องจากการรักษาผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ สามารถเกิดได้ในผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่ง เป็นเหตุให้เกิด อันตรายต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ เช่น ตกเลือดหลังคลอดในกลุ่มหลังคลอด, ไข้ดั่งแตกในผู้ป่วยไข้ดั่งอักเสบ, Hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น

๒. ความเสี่ยงทั่วไป (Common risk) หมายถึง ความเสี่ยงที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการรักษาพยาบาลแต่ เกิดจากปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความเสียหาย ได้แก่

- ด้านสิ่งแวดล้อม, อาชีวอนามัยและความปลอดภัย หมายถึง อุบัติการณ์ที่เกี่ยวกับอาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก, อุบัติการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่มีผลต่อสุขภาพบุคลากร , ความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน
- ด้านเครื่องมือ, อุปกรณ์ หมายถึง อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น เกี่ยวกับเครื่องมือทางการแพทย์, เครื่องมือ อุปกรณ์ทั่วไป รวมทั้งรถยนต์ราชการ : ไม่มี, ไม่เพียงพอ. ไม่พร้อมใช้งาน , ระบบขัดข้อง
- ด้านข้อร้องเรียน,สิทธิผู้ป่วย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูล ก่อนการลงนามยินยอมรับการรักษา, การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย, การตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษา
- ด้านสารสนเทศ และเทคโนโลยี หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์, ความไม่พร้อมใช้, โปรแกรมการสื่อสารบันทึก, การจัดเก็บข้อมูล ,ระบบอินเทอร์เน็ต
- ด้านการเงิน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับค่ารักษา การสูญเสียรายได้อันเป็นทรัพย์สินทางราชการ
- ด้านระบบบริการ,ขั้นตอนบริการ หมายถึง อุบัติการณ์การดูแลช่วยเหลือ การให้ข้อมูล

การช่วยเหลืออำนวยความสะดวก พฤติกรรมบริการ ขั้นตอนบริการ

- เวชระเบียน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับเอกสาร ประวัติผู้ป่วย เช่นการบันทึก การค้นหา การระบุตัวผู้ป่วย การบันทึกสิทธิ์การรักษา การบันทึกค่ารักษาพยาบาล การบันทึกที่แสดงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสื่อสารของทีมนสหสาขาวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ ๓ การจัดการความเสี่ยง (Action To Manage Risk)

ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงโดยให้ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางก่อนเสมอและใช้ กลยุทธ์สำคัญในการควบคุมความสูญเสีย ได้แก่การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง, การผ่อนถ่ายความเสี่ยง, การป้องกันความเสี่ยง, การลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ และการแบ่งแยกความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ ๔. การประเมินผล (Evaluation)

มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่ การปรับปรุงระบบให้ดีขึ้น

รายงานอุบัติการณ์เป็นเครื่องมือสำคัญเพื่อทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นหรือเกือบจะเกิดขึ้น การรายงานด้วยความ สมัยครใจ เป็นสิ่งที่ไม่สามารถทำได้สมบูรณ์ รายงานอุบัติการณ์เป็นเพียงข้อมูลส่วนหนึ่งที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยง

ควรจะใช้ร่วมกันวิธีการอื่นๆ ในการรับรู้อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และไม่จำเป็นต้องพยายามผนวกเอาทุกเรื่องเข้ามาอยู่ในระบบรายงานอุบัติการณ์

อุบัติการณ์ต่างๆ มีความรุนแรงและมีผลกระทบแตกต่างกัน จึงต้องมีความชัดเจนว่าอุบัติการณ์ลักษณะใดที่ควรจรรยาบรรณ มีความเร่งด่วนในการรายงานเพียงใด และจะต้องรายงานถึงระดับใดรูปแบบที่เรียบง่ายและการตอบสนองต่อรายงานอุบัติการณ์ จะมีส่วนจูงใจให้รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์ควรทำทั้งในลักษณะ ๔ ๓ และเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เชิงคุณภาพในอุบัติการณ์แต่ละครั้งอาจจะช่วยให้มองเห็นแนวทางแก้ปัญหา.....

จากการทบทวนสถิติการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ พบปัญหาการค้นหาความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่น้อยกว่าความเป็นจริง เมื่อความเสี่ยงไม่ถูกรายงาน ทำให้ไม่ทราบปัญหาที่แท้จริงส่งผลให้ไม่มีการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบ ทำให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ไม่มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการเกิดปัญหา การฟ้องร้อง การสูญเสีย ประกอบกับการรับ-ส่ง ข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีความล่าช้า และการส่งข้อมูลตอบกลับไปให้ผู้รายงานไม่เป็นระบบ ทำให้บุคลากรไม่เห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จึงควรพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงโดยเฉพาะการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง สร้างความตระหนักกับทุกคนโดยการมีส่วนร่วมทุกหน่วยงานจนเกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการกรุงเทพมหานคร ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนากทม.มหานครให้เป็นมหานครแห่งคุณภาพชีวิตที่ดีและมีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาภาวะสุขภาพ

สำนักการแพทย์ เป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการตรวจรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การจัดการศึกษาฝึกอบรม พัฒนาการวิชาการแพทย์และการพยาบาลและปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมายและปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องโดยมีโรงพยาบาลในสังกัดทั้งสิ้น ๙ แห่ง ดำเนินการโดยมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนปฏิบัติการสนับสนุนวิสัยทัศน์กรุงเทพมหานคร ๒๕๗๕ ครอบคลุมนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ได้มอบให้โรงพยาบาลในสังกัดดำเนินการตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ มหานครแห่งความปลอดภัย กลยุทธ์หลัก เริงรัด การพัฒนาโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร เพื่อให้บริการประชาชนแบบครบวงจรและมีคุณภาพ เทียบได้กับมาตรฐานสากล

แนวทาง / ข้อเสนอในการแก้ปัญหา

ได้ทำการศึกษา SWOT Analysis โดยใช้ประเด็นการวิเคราะห์ภายในใช้หลัก ๗ Ss และการวิเคราะห์ภายนอกใช้หลัก PEST

หลัก ๗ Ss วิเคราะห์ปัจจัยภายใน

๑. ยุทธศาสตร์ : Strategy
๒. โครงสร้างองค์กร : Structure
๓. ระบบ : System
๔. คุณค่า/ค่านิยมร่วม : Shared Values
๕. รูปแบบ : Style
๖. บุคลากร : Staff
๗. ทักษะของบุคลากร : Skill

หลัก PEST วิเคราะห์ปัจจัยภายนอก

P : Political (สถานการณ์ทางการเมือง)

- E : Economic (สภาพเศรษฐกิจ)
S : Social (สภาพสังคม)
T : Technological (เทคโนโลยี)

๕

วิเคราะห์ปัจจัยภายใน

๑. Strategy คณะกรรมการบริการความเสี่ยงของโรงพยาบาลมุ่งเน้นและให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยในโรงพยาบาลทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ กำหนดให้มีการรายงานความเสี่ยงทั้งแบบประจำวัน (กรณีที่มีความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป) แบบรายเดือน (กรณีที่มีความเสี่ยงระดับ E ลงมา) ภายในวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป และมีการประชุมติดตามการทบทวนความเสี่ยง ขอร้องเรียน และหน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยงในที่ประชุมบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน

๒. Structure ลักษณะของโครงสร้างองค์กรเป็นองค์กรขนาดไม่ใหญ่ ทำให้ลำดับชั้นการสื่อสารไม่ยุ่งยาก มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเป็นผู้กำหนดนโยบาย โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน และกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม เป็นเลขานุการ รับผิดชอบติดตามข้อมูล และรวบรวมข้อมูลนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการชุดนี้

๓. System ระบบการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลจึงประกอบด้วยตัวแทนที่นำคุณภาพทุกทีมเข้ามาเป็นคณะกรรมการเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลกันของแต่ละระบบที่เกี่ยวข้อง เช่นระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย มีประเด็นปัญหาในเรื่องเครื่องมือไม่เพียงพอ /พร้อมใช้ ทีมเครื่องมือก็ร่วมพิจารณาหาแนวทางแก้ไขด้วยกัน

๔. Shared Values โรงพยาบาลมีค่านิยมร่วมด้านรักองค์กร.และพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง เป็นการประกาศให้บุคลากรมุ่งมั่นในเรื่องการดูแลและสร้างชื่อเสียงให้องค์กร และเรียนรู้ที่จะพัฒนาตนเองไปพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของโลก ไม่ยึดติดแนวคิดเดิมๆ

๕. Style รูปแบบของระบบรายงานความเสี่ยงนั้นเป็นลักษณะ ส่งเสนอผ่านหัวหน้า หรือส่งตรงมาที่ผู้รับปฏิบัติการความเสี่ยงที่หน้าห้องกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมก็ได้ ข้อมูลเหล่านี้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อผู้รายงาน และถือว่าเป็นการรายงานเพื่อหาแนวทางแก้ไข ปรับปรุงไม่ใช่เป็นการกล่าวโทษกัน

๖. Staff โรงพยาบาลมีบุคลากรประกอบด้วยข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างรายเดือน ลูกจ้างรายวันและห้วงเวลา โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับทรัพยากรบุคคลเป็นอย่างมาก พยายามผลักดันและกระตุ้นบุคลากรในเรื่องการรายงานความเสี่ยง และทบทวนกิจกรรมความเสี่ยงสม่ำเสมอ โดยให้ทุกคนยึดถือว่าทุกคนคือผู้จัดการความเสี่ยง

๗. Skill โรงพยาบาลมีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาทักษะของบุคลากร ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรบริหารความเสี่ยงกับองค์กรภายนอก สนับสนุนให้มีการนำความรู้หลังอบรมมาถ่ายทอด

วิเคราะห์ปัจจัยภายนอก

๑. S : Social ความปลอดภัยของผู้มารับบริการเป็นสิ่งสำคัญ และปัจจุบันเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทมาก ผู้รับบริการ/ประชาชนสามารถหาข้อมูลความรู้เรื่องโรค ยา และการปฏิบัติตัวได้เป็นอย่างดี หากผู้ให้บริการมีข้อผิดพลาดไม่ว่าจะเจตนาหรือไม่เจตนา จะมีแนวโน้มการฟ้องร้อง ต้องเข้าสู่กระบวนการไกล่เกลี่ย บางครั้งต้องมีค่าใช้จ่าย

๒. T : Technological การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สะดวกและไม่รบกวนการปฏิบัติงานจนเพิ่มภาระงานต่อผู้รายงาน จะช่วยให้มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นโดยการนำโปรแกรมรายงานความเสี่ยงและโปรแกรมความเสี่ยง HRMS ขององค์กรภายนอกเข้ามาใช้ เนื่องจากโรงพยาบาลมีระบบ LAN ทุกหน่วยงาน

๓. E : Economic เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลเป็นงบประมาณประจำปี และหน่วยงาน สปสช. ให้การสนับสนุนงบประมาณ ในเรื่องการดูแลสุขภาพประชาชน

๔. P : Political นโยบายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทยได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพ ส่งผลให้มีผู้รับบริการอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลจำนวนมาก เมื่อ ๖ นวน บุคลากร และประชาชนมีความคาดหวังสูงต่อระบบบริการสุขภาพ ทำให้บุคลากรบางส่วนขอลาออก ๖

จากการวิเคราะห์ SWOT แล้วมีแนวทาง / ข้อเสนอในการแก้ปัญหา ดังนี้

จากการที่มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสียหายต่ำ เป็นระบบบันทึกเอกสารแบบฟอร์ม ทำให้เกิดการล่าช้าทุก ขั้นตอน จากการพิจารณาปัจจัยรอบตัวที่เอื้อต่อการแก้ปัญหาพบว่าโรงพยาบาลราชพิพัฒน์มีผู้นำที่มุ่งมั่น เป็นประธาน คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง มีการวางแผนนโยบายการบริหารความเสี่ยงและสนับสนุน ส่งเสริมให้มีการค้นหา ประเมิน จัดการและติดตามอุบัติการณ์ความเสี่ยง บุคลากรของโรงพยาบาลอยู่ในวัยทำงาน มีความกระตือรือร้น มีความพร้อม รับการเปลี่ยนแปลง ระบบคอมพิวเตอร์เป็นระบบเครือข่ายภายใน (Local Area Network: LAN) และสถาบันรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สรพ. จัดโครงการความปลอดภัยของผู้ป่วยมีโปรแกรม HRMS เป็นโปรแกรม รายงานความเสี่ยง จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยการพัฒนาโปรแกรม การรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล (ภาคผนวก๓) ทางคอมพิวเตอร์ จะช่วยให้การจัดทำสารสนเทศความเสี่ยง เป็นปัจจุบัน ทันเวลา และส่งตัวแทนบุคลากรเข้าร่วมอบรมกับสรพ.แล้วนำมาถ่ายทอดให้บุคลากรของโรงพยาบาล พร้อมทั้งจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงให้มีความรู้ความเข้าใจและสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยน ทัศนคติของบุคลากรเพื่อกระตุ้นให้มีการค้นหาและรายงานความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้องค์กรทราบบริบทที่แท้จริงนำไปสู่ การแก้ไข ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพที่ตอบสนองต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้ตรงตามความต้องการ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเป็นเชิงระบบ
๒. เพื่อเพิ่มการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

เป้าหมาย

๑. บุคลากรมีการรายงานความเสี่ยงมากขึ้น ภายในปี ๒๕๕๙
๒. ความสำเร็จของการจัดทำสารสนเทศความเสี่ยงประจำเดือนได้ทันเวลาภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป ภายในปี ๒๕๕๙
๓. อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับรุนแรง (G, H, I) ได้รับการทบทวนเป็นเชิงระบบ ภายในปี ๒๕๕๙

ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ

๑. ผู้บริหารให้การสนับสนุน
๒. บุคลากรมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และให้ความร่วมมือ
๓. ทีมงานคุณภาพ มีความรู้และประสบการณ์ มีการทำงานเป็นทีม ติดตามงานสม่ำเสมอ
๔. บัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานครอบคลุมทุกระบบ
๕. โปรแกรมความเสี่ยงที่ตอบสนองต่อผู้รายงานและระบบสารสนเทศที่สามารถส่งข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยง ให้ผู้เกี่ยวข้องได้สะดวก รวดเร็ว
๖. การเรียนรู้และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

นิยามศัพท์

๑.การบริหารความเสี่ยง (Risk Management / RM) หมายถึงการจัดการในเรื่องการค้นหา ความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผล รวมทั้งการดำเนินการเพื่อป้องกันความเสี่ยง การจัดการเมื่อเกิดปัญหา

๒.ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ เช่น ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตราย ต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทำลายสิ่งแวดล้อม ภาวะในการชดใช้ค่าเสียหาย

๓.บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้น โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีต และหน่วยงานอื่นๆ ตลอดจนการทบทวนต่าง ๆ การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากกระบวนการทำงานและการสำรวจภายในหน่วยงานของตนเอง เพื่อหาประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวัง โดยมีทั้งระดับโรงพยาบาล กลุ่มงาน/แผนก หน่วยงาน

๔.อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) หมายถึง อันตรายที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเกิดจากการรักษา และไม่ได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรค หรือความผิดปกติเดิมของผู้ป่วย อันตรายดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาการรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเกิดความพิการตามมา ลักษณะสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การถูกทำร้ายหรือการบาดเจ็บ เหตุร้าย ภัยอันตราย การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ความไม่แน่นอน การถูกเปิดเผย

๕.ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical Error) หมายถึง ความล้มเหลวของการดูแลรักษาที่วางแผนไว้ หรือการวางแผนการรักษาที่ไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

๖.วัฒนธรรมความปลอดภัย หมายถึง ความเชื่อที่ทุกคนยึดมั่น และ ปฏิบัติจนเป็นนิสัยไปในทิศทางเดียวกันในเรื่องความปลอดภัย

๗.โปรแกรมHRMS (Healthcare Risk Management System) คือโปรแกรมรายงานความเสี่ยง ที่มีระบบการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลโดยกำหนดผู้เข้าใช้งานตามที่โรงพยาบาลกำหนดความรับผิดชอบ อยู่ในการควบคุมกำกับดูแลของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สรพ.

ภารกิจดำเนินการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ความคาดหวัง	แนวทางดำเนินการ
ผู้บริหารโรงพยาบาล	๑. โรงพยาบาลมีกระบวนการดูแลรักษาที่มีมาตรฐาน ๒. มีกระบวนการจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ๓. ไม่มีการฟ้องร้อง	๑. กำหนดนโยบาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์ในการบริหารจัดการความเสี่ยง ๒. สนับสนุน กระบวนการจัดการและทรัพยากรเพื่อแก้ไขความเสี่ยง ๓. บริหารจัดการความเสี่ยงที่หน่วยงานหรือทีมคร่อมไม่สามารถแก้ไขได้
คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	๑. ทุกหน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยงทั้งเชิงรับและเชิงรุก ๒. มีการจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ	๑. กระตุ้นหน่วยงานและทีมคร่อมในการค้นหาความเสี่ยงทั้งเชิงรับและเชิงรุกและบริหารจัดการความเสี่ยง ๒. จัดระบบการจัดการความเสี่ยงภายในโรงพยาบาล

ศูนย์พัฒนาคุณภาพ	๑. อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญมีการส่งข้อมูลสะท้อนกลับให้หน่วยงาน ๒. มีข้อมูลสถิติอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นปัจจุบัน	๑. เป็นศูนย์กลางในการประสานงานความเสี่ยงภายในโรงพยาบาล ๒. ส่งข้อมูลสะท้อนกลับให้หน่วยงาน ๓. รวบรวมและสรุปรายงานผลการดำเนินงานความเสี่ยงให้แก่
------------------	--	---

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ความคาดหวัง	แนวทางดำเนินการ
		คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
หน่วยงาน	๑. มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการบริหารความเสี่ยง ๒. การรายงานไม่ยุ่งยากซับซ้อน ๓. มีระบบการจัดการความเสี่ยงที่รวดเร็วทันเวลา ๔. มีทีมที่เกี่ยวข้องมาทบทวนแก้ปัญหา ๕. มีความปลอดภัยในการทำงาน ๖. ไม่มีการร้องเรียน/ฟ้องร้อง	๑. จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงและการลงบันทึกในคอมพิวเตอร์ ๒. จัดตั้งคณะทำงานในหน่วยงานเป็นตัวแทนรับนโยบายและประสานงานในการบริหารจัดการความเสี่ยง ๓. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระตุ้นบุคลากรในหน่วยงานให้ตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงภายในหน่วยงานนำไปสู่การปฏิบัติตามแนวทางของโรงพยาบาล ๔. รวบรวมและสรุปรายงานผลการดำเนินงานความเสี่ยงให้แก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
ผู้ป่วยและญาติ	๑. บริการที่ถูกต้องและรวดเร็ว ๒. ความปลอดภัยทั้งด้านสุขภาพและทรัพย์สิน ๓. มีการให้ข้อมูล	๑. ให้ข้อมูลทุกครั้งก่อนเซ็นชื่อรับการรักษา ๒. จัดจุดให้ข้อมูล-สอบถามเบื้องต้น
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สรพ.	๑. มีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานเป็นที่ไว้วางใจของสังคม	๑. เข้าร่วมเป็นสมาชิก HRMS. ๒. ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมตามกำหนด ๓. บันทึกความเสี่ยงในโปรแกรมHRMS.

งบประมาณ

- | | |
|--|------------|
| ๑. ค่าเครื่อง server | ๒๐,๐๐๐ บาท |
| ๒. สมัครง่ายร่วมเป็นสมาชิก HRMS | ๑๐,๐๐๐ บาท |
| ๓. ค่าอบรมให้ความรู้บุคลากร | ๕๓,๖๐๐ บาท |
| ค่าสมนาคุณวิทยากรจำนวน | ๑๔,๔๐๐ บาท |
| ค่าอาหารไม่ครบมือ (๑๕๐บาท x ๗๓ คน x ๒วัน) | ๒๑,๙๐๐ บาท |
| ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม (๒๕ บาท x ๗๓ คน x ๒มื้อ x ๒วัน) | ๗,๓๐๐ บาท |
| ค่าวัสดุ เครื่องเขียน และอุปกรณ์ | ๑๐,๐๐๐ บาท |

แผนปฏิบัติการ

งาน/ กิจกรรมหลัก	รายละเอียดงาน/กิจกรรม	ผลที่คาดหวัง	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา ดำเนินการ
๑.พัฒนาระบบ การรายงาน อุบัติการณ์ ความเสี่ยง	<u>ขั้นตอนที่ ๑</u>				
	๑. ทบทวนระบบบริหาร ความเสี่ยงของโรงพยาบาล	นโยบายการบริหาร ความเสี่ยง	-	คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยง	จ.ค. ๒๕๕๗
	๒. วางแผนการพัฒนาระบบ การรายงานความเสี่ยงทาง คอมพิวเตอร์และปรับบัญชี ความเสี่ยง	แนวทางการพัฒนา ระบบและบัญชีความ เสี่ยงฉบับใหม่	-	คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยง	ม.ค. ๒๕๕๘
	๓. เสนอแนวทางของ แผนพัฒนาต่อผู้บริหาร	แนวทางการพัฒนา ระบบได้รับ การสนับสนุน	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	ม.ค. ๒๕๕๘
	๔. ขออนุมัติโครงการ ตามลำดับ	โครงการได้รับ การอนุมัติ	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	ม.ค. ๒๕๕๘
	๕. ประสานกับหน่วยงาน สรรพ. และสมัครเข้าร่วมเป็น สมาชิก HRMS.	โรงพยาบาลเข้าร่วม เป็นสมาชิก HRMS	๑๐,๐๐๐ บาท	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	ม.ค. ๒๕๕๘
	<u>ขั้นตอนที่ ๒</u>				
	๑. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนา ระบบการบริหารความเสี่ยง	คำสั่งแต่งตั้งคณะ ทำงานพัฒนาระบบ การบริหารความเสี่ยง	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	ม.ค. ๒๕๕๘
	๒. ประชุมคณะทำงานเพื่อ วางแผนการปรับโปรแกรม ความเสี่ยงและการนำระบบ HRMS. เข้ามาใช้	มีความเข้าใจระบบ HRMS. ที่นำเข้ามาใช้	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	ม.ค.-มี.ค. ๒๕๕๘
	๓. จัดเตรียมอุปกรณ์และ โปรแกรมการรายงานความ เสี่ยงของโรงพยาบาล	อุปกรณ์และโปรแกรม การรายงานพร้อมใช้	๒๐,๐๐๐ บาท	ฝ่ายวิชาการ	ม.ค.-เม.ย. ๒๕๕๘
	<u>ขั้นตอนที่ ๓</u>				
	๑. สื่อสารให้บุคลากรใน โรงพยาบาลรับทราบ	บุคลากรรับทราบแนว ทางการพัฒนาระบบ	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	ม.ค. ๒๕๕๘
	๒. ส่งบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมอบรมกับหน่วยงาน ภายนอก	ผู้เข้ารับการอบรมมี ความรู้ความเข้าใจ ระบบ HRMS.	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	ม.ค.-ก.พ. ๒๕๕๘
	๓. ถ่ายทอดความรู้จากการ อบรมสู่ผู้ปฏิบัติ	ผู้เข้ารับการอบรมมี ความรู้ความเข้าใจ	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	
๓.๑ โปรแกรม HRMS.	โปรแกรม HRMS. และ			ก.พ.-มี.ค. ๒๕๕๘	
๓.๒ โปรแกรมการรายงาน ความเสี่ยงของโรงพยาบาล	โปรแกรมความเสี่ยง ของโรงพยาบาล			เม.ย. ๒๕๕๘	
๔. ทดลองใช้งาน โปรแกรม	การประมวลผล รายงานอุบัติการณ์ ทันเวลา	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	เม.ย.-พ.ค. ๒๕๕๘	

งาน/ กิจกรรมหลัก	รายละเอียดงาน/กิจกรรม	ผลที่คาดหวัง	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา ดำเนินการ
๑. พัฒนาระบบ การรายงาน อุบัติการณ์ ความเสี่ยง (ต่อ)	๕.การควบคุมดูแลระบบ	ระบบใช้งานได้ดี	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ และ ฝ่ายวิชาการ	เม.ย.-ต.ค. ๒๕๕๘
	๖.ติดตามประเมินผล	เอกสารประเมินผล แจ้งต่อผู้อำนวยการ	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	ต.ค. ๒๕๕๘ - เม.ย. ๒๕๕๙
๒. พัฒนา บุคลากรเรื่อง การบริหาร ความเสี่ยง ของโรงพยาบาล	<u>ขั้นตอนที่๑</u> ๑.จัดทำโครงการเสนอ ผู้บริหาร	โครงการการบริหาร ความเสี่ยง ของโรงพยาบาล	๕๓,๖๐๐ บาท	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	พ.ค. ๒๕๕๘
	๒.เสนอขออนุมัติโครงการ	โครงการได้รับ การสนับสนุน	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	พ.ค. ๒๕๕๘
	๓.จัดตั้งคณะทำงาน	คำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงานโครงการ อบรม	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	พ.ค. ๒๕๕๘
	๔.ประสานวิทยากร	หนังสือเชิญวิทยากร	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	พ.ค. ๒๕๕๘
	๕.จัดทำคำสั่งผู้เข้าร่วม อบรมและจัดทำกำหนด การอบรม	คำสั่งให้เข้าร่วมอบรม และกำหนดการ	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	มิ.ย. ๒๕๕๘
	<u>ขั้นตอนที่๒</u> ๑.สื่อสารให้ผู้เข้ารับการ อบรมรับทราบ	ผู้เข้ารับการอบรมมี ความรู้ความเข้าใจ	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	ส.ค. ๒๕๕๘
	๒.อบรมตามโครงการที่ กำหนด	สำเร็จตาม วัตถุประสงค์	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	ส.ค. ๒๕๕๘
	๓.สรุปผลการอบรม ทำpost-test	เอกสาร Pre-Post test	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	ส.ค. ๒๕๕๘
	<u>ขั้นตอนที่๓</u> ๑.ติดตามผล	เอกสารประเมินผล แจ้งต่อผู้อำนวยการ	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ	ก.ย. ๒๕๕๘

แนวทางในการบริหารความเสี่ยง

ประเด็น	ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น	แนวทางบริหารความเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ
วางแผนการพัฒนา ระบบการรายงานความ เสี่ยงทางคอมพิวเตอร์ และปรับบัญชีความ เสี่ยง	-การวางแผนไม่ต่อเนื่องและ มีแนวทางขัดแย้งกัน -บัญชีความเสี่ยงไม่ได้รับ การยอมรับ	-จัดประชุมคณะกรรมการ ด้าน คุณภาพทุกทีม -สื่อสารนโยบายให้ทุกทีมนำ คุณภาพและทุกหน่วยงานทราบ และเข้าใจในการปรับบัญชีความ เสี่ยง	-คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยง -กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ
แต่งตั้งคณะทำงาน พัฒนาระบบการบริหาร ความเสี่ยง	-คณะทำงานที่แต่งตั้งโดย ตำแหน่งบางคนไม่สามารถ แสดงความคิดเห็นได้	-คัดเลือกผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้ ความสามารถ มาเป็น คณะทำงาน	-กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ
จัดเตรียมอุปกรณ์	-ความไม่พร้อมของอุปกรณ์ -server มีปัญหา	-ส่งบุคลากรของโรงพยาบาลที่มี ความรู้ เรียนรู้การสำรองข้อมูล ไปยังserverที่มีอยู่ชั่วคราว	-ฝ่ายวิชาการ -กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ
ถ่ายทอดความรู้จาก การอบรมสู่ผู้ปฏิบัติ	-ไม่สามารถถ่ายทอดความรู้ให้ ผู้ปฏิบัติเข้าใจ	-คัดเลือกผู้ที่มีความสามารถ ในการถ่ายทอดข้อมูลและปฏิบัติ ในส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรง	-กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ
ทดลองใช้งาน โปรแกรม	-โปรแกรมไม่สามารถใช้งานได้ ตลอด๒๔ ชั่วโมง -เครื่องคอมพิวเตอร์ไม่ครบ ทุกจุด	-จัดบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรง ในเวลาราชการและสามารถโทร ปรึกษานอกเวลาราชการ -จัดหาคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊กของ แต่ละบุคคลมาสำรองใช้	-ฝ่ายวิชาการ -กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ
การควบคุมดูแลระบบ	-ระบบของโรงพยาบาลล่ม -ไม่สามารถเข้าระบบ การรายงานได้	-ส่งบุคลากรของโรงพยาบาล เรียนรู้การทำงานจากระบบกับ องค์กรภายนอก -ใช้ระบบการบันทึกลง แบบฟอร์มกระดาษแทน	-ฝ่ายวิชาการ -กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ
ผู้เข้ารับการอบรม	-ผู้เข้ารับการอบรมไม่เข้าใจ ไม่สนใจขณะอบรม	-สื่อสารให้ผู้เข้ารับการอบรมเห็น ความสำคัญ -หัวหน้ากำกับ ติดตาม -ส่งเสริมการพัฒนาตนเอง -จัดตั้ง “นางฟ้าความเสี่ยง” เป็นตัวแทนแต่ละหน่วยงานดูแล ความเสี่ยง	-กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ
อบรมตามโครงการ ที่กำหนด	-วิทยากรไม่สามารถดำเนิน การอบรมได้	-ติดต่อประสานงานกับองค์กร มีอาชีพจะสามารถจัดหา วิทยากรทดแทนได้	-กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ

การกำหนด Exit plan หากโครงการไม่สามารถสำเร็จได้จริง การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงยังดำเนินการโดยการใช้การบันทึกข้อมูลลงแบบฟอร์มกระดาษได้ เพราะบุคลากรได้รับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจ และเห็นถึงความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่จะนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาเป็นเชิงระบบ ทำให้เราปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจ ผู้มารับบริการปลอดภัย และเครื่อง server สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในระบบของโรงพยาบาลได้ต่อไป

การประเมินผล

ตัวชี้วัด	เครื่องมือในการประเมิน	การเก็บรวบรวมข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูล
๑. จำนวนการรายงานความเสี่ยง > ๒๐๐ รายงาน / เดือน	จำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	เก็บข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกหน่วยงานของร.พ. ที่ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานเขียนบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและส่งใบบันทึกความเสี่ยงให้กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ ภายในวันที่ ๕ ของเดือนเป็นผู้เก็บรวบรวม	จำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่หน่วยงานส่งให้กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ ภายในวันที่ ๕ ของเดือน
๒. ร้อยละความสำเร็จของการจัดทำสารสนเทศความเสี่ยงประจำเดือน > ๙๐%	การจัดส่งสารสนเทศความเสี่ยงประจำเดือนต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันเวลาภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป	จัดส่งข้อมูลสารสนเทศความเสี่ยงทั้งหมดในเดือนนั้นที่หน่วยงานส่งรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมาให้กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ รวบรวมเป็นภาพรวมโดยแยกข้อมูลแต่ละโปรแกรมความเสี่ยงให้ผู้เกี่ยวข้องนำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป	จำนวนเดือนที่จัดส่งสารสนเทศความเสี่ยงประจำเดือนภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป \times ๑๐๐ / จำนวนเดือนที่จัดส่งสารสนเทศความเสี่ยงประจำเดือนทั้งหมด
๓. ร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับรุนแรง (G, H, I) ได้รับการทบทวนเป็นเชิงระบบ > ๕๐%	เอกสารการทบทวนที่ส่งให้กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ	รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับรุนแรง (G, H, I) ที่ส่งให้ทีมที่เกี่ยวข้องทบทวนหาแนวทางแก้ไขป้องกันเชิงระบบและรายงานแนวทางปฏิบัติ/ขั้นตอนที่ปรับปรุงกลับมายังกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ เป็นผู้เก็บรวบรวม	จำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับรุนแรง (G, H, I) ที่สามารถดำเนินการวิเคราะห์และรายงานกลับ \times ๑๐๐ / จำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับรุนแรง (G, H, I) ที่ส่งให้ดำเนินการวิเคราะห์ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

การนำโครงการไปดำเนินการเพื่อให้ประสบความสำเร็จควรมีการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการรายงาน
อุบัติการณ์ความเสี่ยง การทำงานเป็นทีมของทีมงานด้านคุณภาพ และการติดตามงานสม่ำเสมอ เพราะการรายงาน
อุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นหัวใจสำคัญในระบบบริหารความเสี่ยงขององค์กร ระบบการรายงานที่ง่ายและสะดวกไม่
รบกวนการทำงาน จะทำให้บุคลากรมีการรายงานเพิ่มขึ้น เพราะอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งหมดเมื่อมีการ
รายงานเข้ามา ทำให้องค์กรเห็นปัญหาที่แท้จริง นำสถิติที่ได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุเพื่อหาทางแก้ไขและป้องกัน
ไม่ให้เกิดซ้ำ ทำให้องค์กรมีการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ดี มีการทำงานที่เป็นระบบมีความปลอดภัยทั้ง
ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการรวมถึงองค์กรภายนอกที่เกี่ยวข้องด้วย นอกจากนี้ยังลดการร้องเรียน ฟ้องร้อง ลดการ
สูญเสียทั้งค่าใช้จ่ายและทรัพยากรบุคคล ผู้ปฏิบัติงานมีขวัญ กำลังใจส่งผลให้การทำงานมีคุณภาพมีความสุขพร้อม
ที่จะพัฒนาองค์กรต่อไป

บรรณานุกรม

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (๒๕๔๔). คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการการบริหารความเสี่ยง:
เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร.
อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ. (๒๕๔๓). ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล. สถาบันพัฒนาและรับรอง
คุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร.

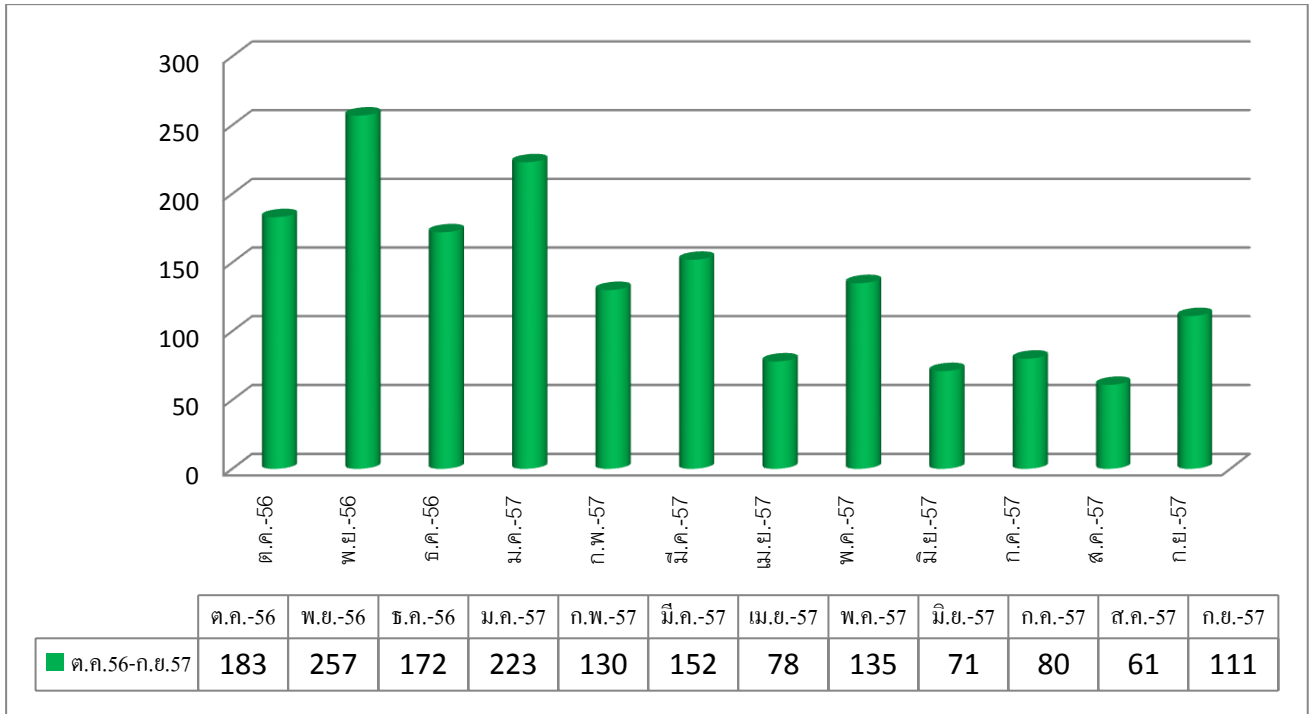
ภาคผนวก

- ภาคผนวก๑ สถิติการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
- ภาคผนวก๒ แบบฟอร์มการรายงานอุบัติการณ์
- ภาคผนวก๓ โปรแกรมการรายงานความเสี่ยง

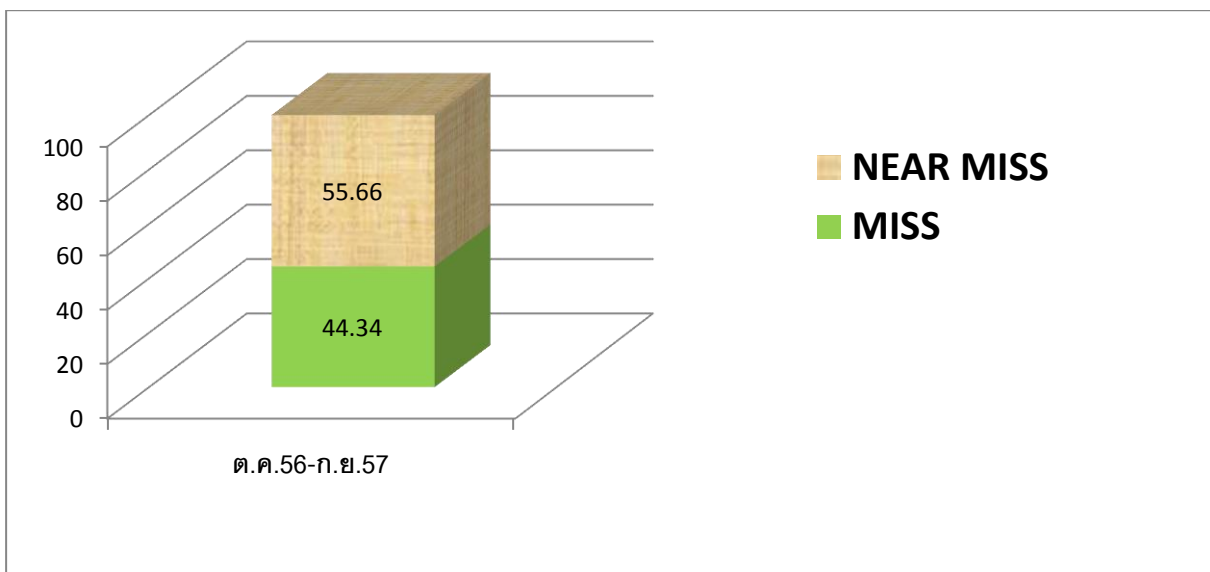
ภาคผนวก๑

สถิติการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

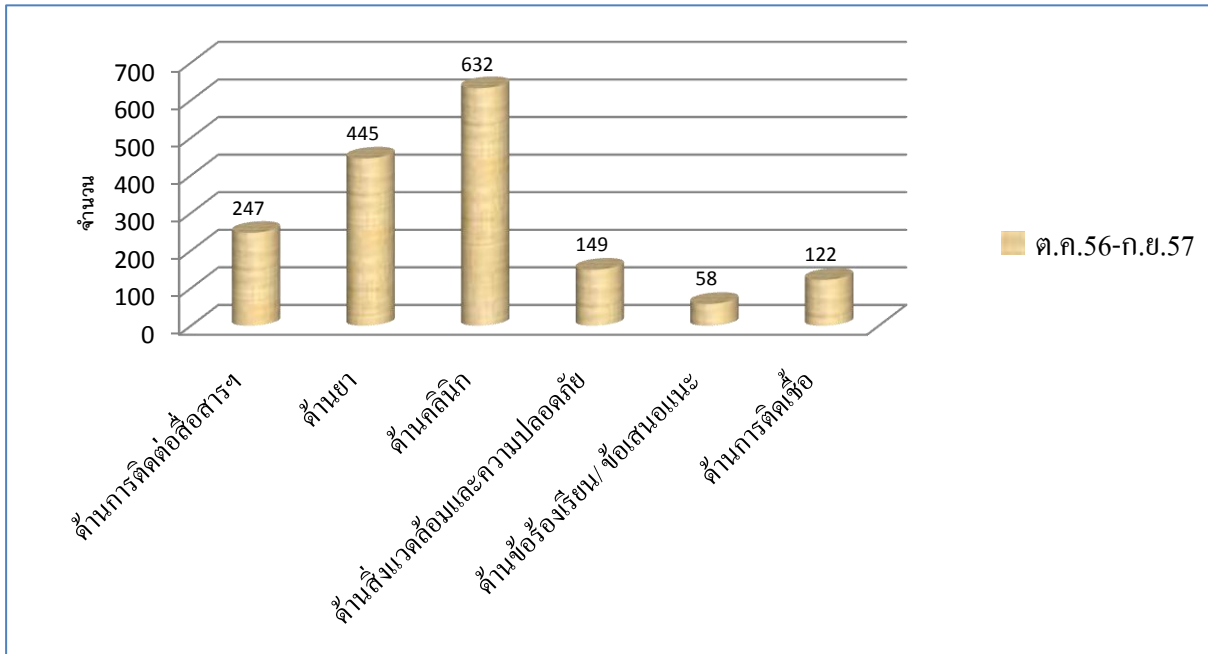
รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมด ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ (ต.ค.๕๖-ก.ย.๕๗)



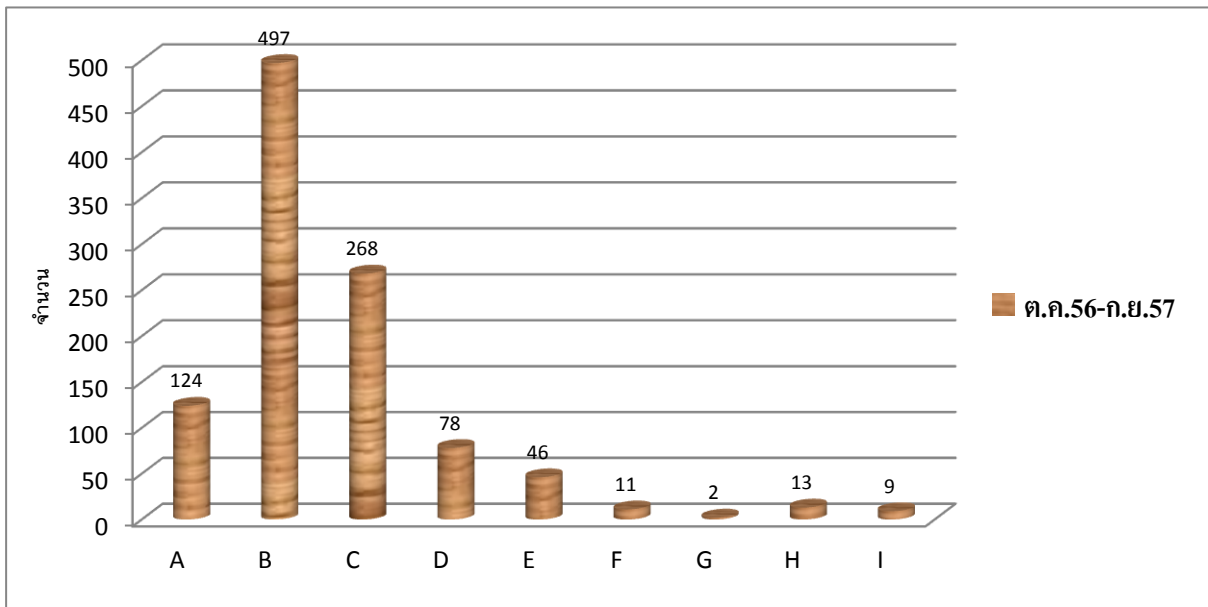
แนวโน้มอุบัติการณ์ความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2557 (ต.ค.56-ก.ย.57)



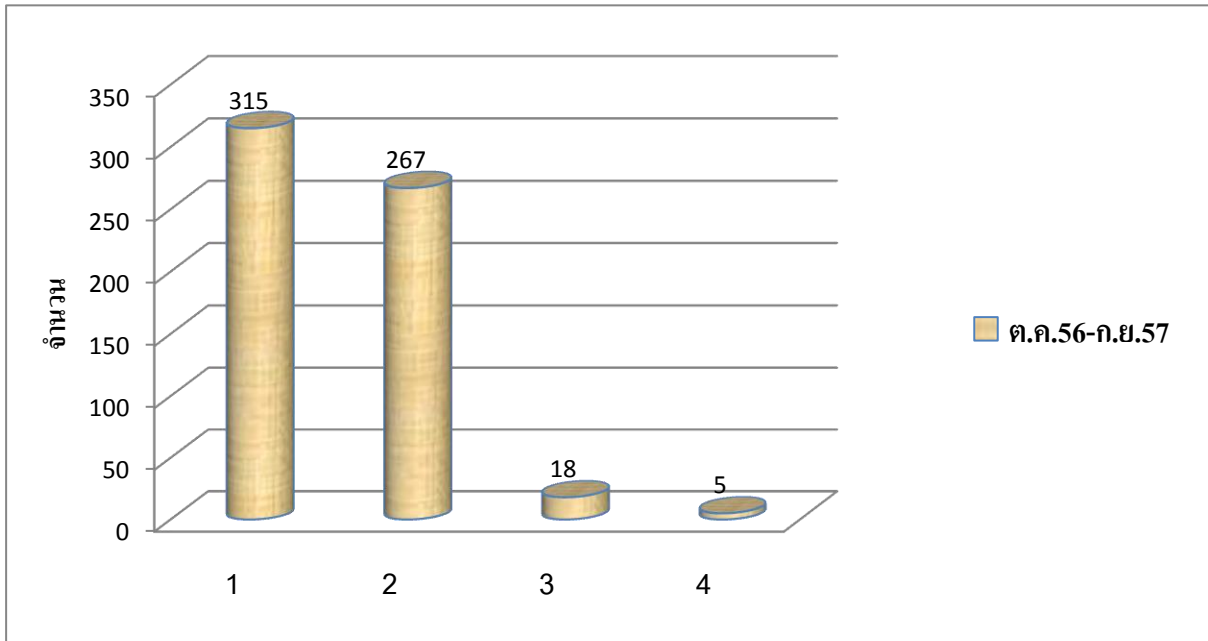
อุบัติการณ์ความเสี่ยงแบ่งตามโปรแกรม ปีงบประมาณ 2557 (ต.ค.56-ส.ค.57)



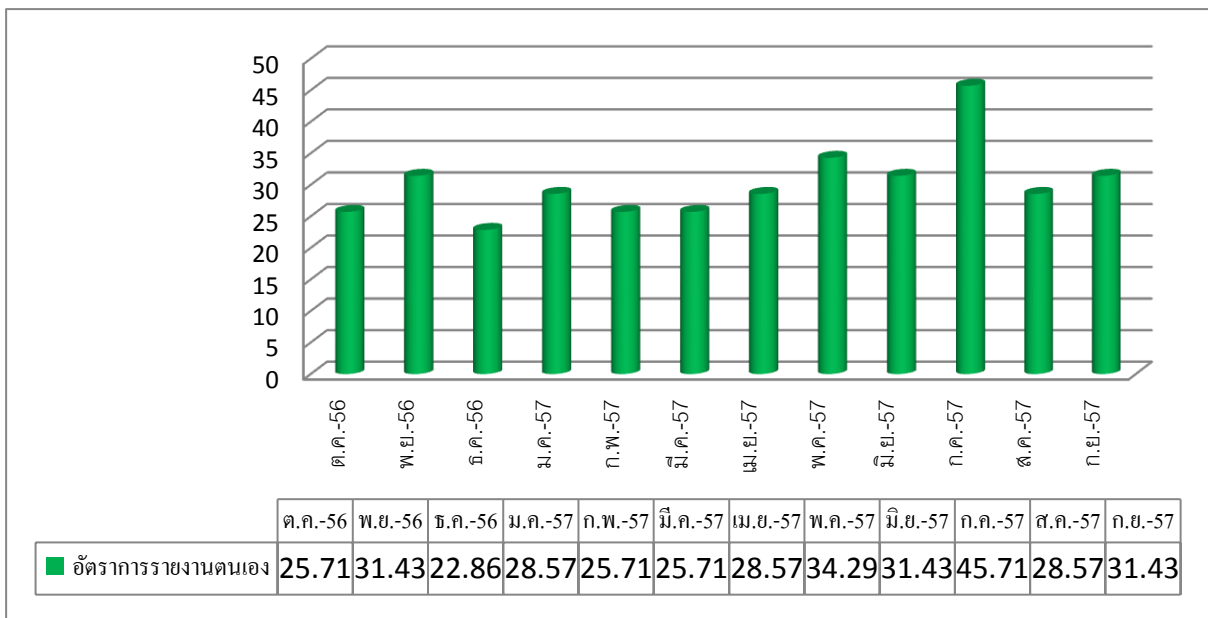
อุบัติการณ์ความเสี่ยงแบ่งตามระดับความรุนแรง ด้าน Clinic ปีงบประมาณ 2557 (ต.ค.56-ก.ย.57)



อุบัติการณ์ความเสี่ยงแบ่งตามระดับความรุนแรง ด้าน Non - Clinic ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ (ต.ค.๕๖-ก.ย.๕๗)




อัตราการรายงาน IR ของหน่วยตนเอง



แบบฟอร์มการรายงานอุบัติการณ์แบบเก่า
ด้านหน้า

ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ ๔ วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๖



แบบฟอร์มการรายงานอุบัติการณ์โรงพยาบาลราชภัฏอุดรธานี

หมายเลขเอกสาร _____ หน่วยงานที่รายงาน _____

รายละเอียดความเสี่ยง / เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ลับ ไม่ลับ

๑. วันที่ ตรวจพบ _____ เวลา _____

๒. สถานที่พบเหตุการณ์ ระบุ _____ ไม่ต้องการระบุ

๓. ผู้ประสบปัญหา/ผู้ป่วย HN _____ AN _____ ไม่ต้องการระบุ

๔. ผู้รายงาน _____ ตำแหน่ง _____ โทร _____ ไม่ต้องการระบุ

๕. รหัสตามบัญชีความเสี่ยง _____ ไม่ทราบ

๖. สรุปปัญหา/เหตุการณ์โดยย่อ/โปรดระบุชื่อเครื่องมือ (ถ้ามี) _____

๗. การแก้ไขในขณะรายงาน ไม่มี แก้ไขไม่ได้ แก้ไข ดังนี้ _____

๘. สภาพผู้ป่วยภายหลังการเกิดอุบัติการณ์และ/หรือภายหลังการแก้ไขเบื้องต้น _____

๙. การรายงานผู้บังคับบัญชา/ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ เพื่อการแก้ไข

ก. รายงานต่อ () หัวหน้าหน่วยงาน _____ () หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน _____

() ผู้ตรวจการ _____ () แพทย์เวร _____

ข. ไม่ได้รายงาน เพราะ () เป็นความลับ () _____

๑๐. หน่วยงานต้องการสื่อสารถึง _____

๑๑. การแบ่งประเภทและระดับความรุนแรง

ระดับความรุนแรง	ระดับผลกระทบ		ประเภทความเสี่ยง			กำหนดการรายงาน	ปิดเรื่อง
	Clinic	Non Clinic	ด้านคลินิก	บุคคล / ระบบงาน	ทรัพย์สิน		
๑ (เกือบพลาด)	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> ๑	โอกาสเกิดความผิดพลาด	เหตุเกือบพลาด ตรวจพบภายในหน่วยงาน	-	จัดการหน้างาน รายงาน ๗ วัน	พิจารณาตามความถี่ของ Event
	<input type="checkbox"/> B		เกิดขึ้นแต่ไม่ถึงผู้รับบริการ	เกิดขึ้นแต่ไม่ถึงเจ้าหน้าที่ / ผู้รับผลงาน	-		
๒ (รุนแรงต่ำ)	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> ๒	ถึงผู้รับบริการแต่ไม่อันตราย	ส่งผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่/ผู้รับผลงาน แต่ไม่ได้รับอันตราย / เริ่มมีผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน	ทรัพย์สินเสียหายเล็กน้อย มูลค่าไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท	รายงาน หัวหน้าฝ่าย/ กลุ่มงาน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง	๗ วัน
	<input type="checkbox"/> D		เฝ้าระวังเป็นพิเศษ	มีผลกระทบส่งผลให้ต้องหยุดงาน / ภารกิจหยุดชะงักชั่วคราวต้องมีการเฝ้าระวัง	ทรัพย์สินเสียหาย มูลค่า ๑,๐๐๑ - ๕,๐๐๐ บาท		
๓ (รุนแรงสูง)	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> ๓	ต้องบำบัดรักษา	เกิดอันตรายชั่วคราวต้องไม่ฟื้นคืน / งามมีผลกระทบหน่วยงานต้องปรับระบบงาน	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า ๕,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐ บาท	รายงาน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง	๗ วัน
	<input type="checkbox"/> F		นอนรพ. นานขึ้น	เกิดอันตราย / มีผลกระทบต่อหน่วยงาน ต้องปรับระบบงานที่สำคัญร่วมกับทีมนำ / มีแนวโน้มร้องเรียน	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า ๑๐,๐๐๑ - ๒๕,๐๐๐ บาท		
๔ (วิกฤต)	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> ๔	พิการถาวร	เกิดความสูญเสีย / มีผลกระทบต่อชุมชน แก้ปัญหาในระดับรพ. / เกิดการร้องเรียน	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า ๒๕,๐๐๑ - ๕๐,๐๐๐ บาท	รายงานภายใน ๑๕ นาที	๗๒ ชม.
	<input type="checkbox"/> H		ต้องกู้ชีวิต	เกิดความเสียหาย / เกิดผลกระทบต่อชุมชน และสิ่งแวดล้อม / เสียต่อการท่องเที่ยว	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า ๕๐,๐๐๑ - ๑๐๐,๐๐๐ บาท		
	<input type="checkbox"/> I		เสียชีวิต	เกิดความเสียหาย / เกิดผลกระทบต่อสาธารณชนอย่างรุนแรง / เกิดกรณีฟ้องร้อง	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่ามากกว่า ๑๐๐,๐๐๐ บาท		

/ส่วนของ...

ด้านหลัง



แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์สำคัญ เริ่มทดลองใช้ วันที่ 15 ม.ค.2558

ผู้รายงาน.....หน่วยงาน.....
 รายงานในหน่วยงาน / ส่งให้หน่วยงานอื่น.....
 วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....สถานที่เกิดเหตุ.....
 ชื่อผู้ป่วย/ผู้พบปัญหา.....

อุบัติการณ์/เหตุการณ์สำคัญ (ให้ทำเครื่องหมายกากบาททุกข้อที่เกิดขึ้นและอธิบายเหตุการณ์)		
S : ความปลอดภัยในการผ่าตัด (Safe Surgery) 1. ความผิดพลาดการเตรียมผ่าตัด 2. แผลผ่าตัดติดเชื้อ 3. ความผิดพลาด/ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี 4. ความผิดพลาดการบันทึก การขี้งการทำการตัดและการผ่าตัด (ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด) 5. ภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ ไม่พึง ประสงค์จากการผ่าตัด 6. การผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ภายใน 72 ชม. I : Infection Control 7. การล้างมือ 8. กระบวนการดูแลและการใส่สายสวน ปัสสาวะ 9. การเกิด CAUTI 10. กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 11. การเกิด VAP 12. กระบวนการดูแลผู้ป่วยใส่ Central line 13. การติดเชื้อของ Central line	M : Medical Safety 14. ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งจ่ายยา 15. ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา 16. ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา 17. การไม่ปฏิบัติตามแนวทางของระบบยา Blood Safety 18. ข้อบกพร่องในการเตรียมการให้เลือด (Near Miss Transfusion) 19. ให้เลือดผู้ป่วยผิดคน P : Patient Care 20. ความผิดพลาดในกระบวนการรับผู้ป่วย 21. ปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร 22. ข้อบกพร่องในกระบวนการดูแลรักษา 23. ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา 24. การเกิดแผลกดทับ 25. การพลัดตกหกล้ม	Lab 26. ข้อบกพร่องในการเก็บส่งตรวจ 27. ข้อบกพร่อง/ปัญหาในการรายงานผล ส่งตรวจ 28. ปัญหาเกี่ยวกับการรายงานค่า Lab ที่เป็นตัววิกฤต L : Line , Tube 29. ความผิดพลาดในการต่อและการ ดูแล Catheter และ Tube E : Emergency Response 30. ข้อบกพร่องในการดูแลผู้ป่วยระยะ ฉุกเฉิน 31. การเสียชีวิตจาก Sepsis 32. การเสียชีวิตจาก Acute MI 33. หารกดตายปริกำเนิด 34. มารดาเสียชีวิต 35. Eclampsia 36. Severe Birth Asphyxia 37. Severe PPH
ปัญหาทางจิตเวช 38. ข้อบกพร่องในการคัดกรองปัญหาทางจิตเวช 39. ข้อบกพร่องในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทาง จิตเวช	การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 40. ข้อบกพร่องในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 41. อันตรายที่เกิดระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 42. การส่งต่อ (refer)	
ENV 43. อุบัติเหตุจากการทำงาน 44. ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน 45. ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม 46. เครื่องมือแพทย์ 47. ปัญหาการซ่อม (ใบส่งซ่อมจากฝ่าย)	ด้านบริหารจัดการ 48. ปัญหาวัสดุอุปกรณ์ 49. ปัญหาเกี่ยวกับระบบเอกสาร 50. ปัญหาการสื่อสาร 51. เรื่องร้องเรียน การขัดข้อง 52. ระบบ รปภ.	53. ระบบแม่บ้าน 54. ระบบช่างนอก 55. ระบบสารสนเทศ (IT)

สรุปเหตุการณ์

การแก้ไข

ระดับความรุนแรง	ระดับผลกระทบ		ประเภทความเสี่ยง			กำหนดการรายงาน	ปิดเรื่อง
	Clinic	Non Clinic	ด้านคลินิก	บุคคล / ระบบงาน	ทรัพย์สิน		
๑ (เกือบพลาด)	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> ๑	โอกาสเกิดความผิดพลาด	เหตุเกือบพลาด ตรวจพบภายในหน่วยงาน	-	จัดการหน้างาน รายงาน ๗ วัน	พิจารณาตามความถี่ของ Event
	<input type="checkbox"/> B		เกิดขึ้นแต่ไม่ถึงผู้รับบริการ	เกิดขึ้นแต่ไม่ถึงเจ้าหน้าที่ / ผู้รับผลงาน	-		
๒ (รุนแรงต่ำ)	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> ๒	ถึงผู้รับบริการแต่ไม่อันตราย	ส่งผลกระทบถึงเจ้าหน้าที่/ผู้รับผลงาน แต่ไม่ได้รับอันตราย / เริ่มมีผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน	ทรัพย์สินเสียหายเล็กน้อย มูลค่าไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท	รายงาน ๗ วัน	๗ วัน
	<input type="checkbox"/> D		เฝ้าระวังเป็นพิเศษ	มีผลกระทบส่งผลให้ต้องหยุดงาน / ภารกิจหยุดชะงักชั่วคราวต้องมีการเฝ้าระวัง	ทรัพย์สินเสียหาย มูลค่า ๑,๐๐๑ - ๕,๐๐๐ บาท		
๓ (รุนแรงสูง)	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> ๓	ต้องบำบัดรักษา	เกิดขึ้นหรือชั่วคราวต้องแก้ไขเพิ่มเติม/จนมีผลกระทบต่อหน่วยงานต้องปรับระบบงานภายใน	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า ๕,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐ บาท	รายงาน ๒๔ ชั่วโมง	๗ วัน
	<input type="checkbox"/> F		นอนรพ. นานขึ้น	เกิดอันตราย / มีผลกระทบนอกหน่วยงาน ต้องปรับระบบงานที่สำคัญร่วมกับพินิจ / มีแนวโน้มร้องเรียน	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า ๑๐,๐๐๑ - ๒๕,๐๐๐ บาท		
๔ (วิกฤต)	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> ๔	พิการถาวร	เกิดความสูญเสีย / มีผลกระทบต่อชุมชน แก้ไขปัญหาระดับรพ. / เกิดการร้องเรียน	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า ๒๕,๐๐๑ - ๕๐,๐๐๐ บาท	รายงานภายใน ๑๕ นาที	๗๒ ชม.
	<input type="checkbox"/> H		ต้องกู้ชีวิต	เกิดความเสียหาย / เกิดผลกระทบต่อชุมชน และสิ่งแวดล้อม / เสียงต่อการฟ้องร้อง	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่า ๕๐,๐๐๑ - ๑๐๐,๐๐๐ บาท		
	<input type="checkbox"/> I		เสียชีวิต	เกิดความเสียหาย / เกิดผลกระทบต่อสาธารณะออกข่าวผ่านสื่อ / เกิดกรณีฟ้องร้อง	ทรัพย์สินเสียหายมูลค่ามากกว่า ๑๐๐,๐๐๐ บาท		

ส่วนของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

วันที่ได้รับเรื่อง

ยืนยัน รหัสความเสี่ยง

ยืนยันระดับผลกระทบ

มอบหมายผู้เกี่ยวข้อง

เรียน

เพื่อ () ทบทวน

() หาแนวทางแก้ไข ส่งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ภายใน

() หาแนวทางป้องกัน ส่งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ภายใน

ลงชื่อ

หมายเหตุ หากไม่สามารถส่งเรื่องคืนได้ภายในเวลาที่กำหนด ขอให้ชี้แจงปัญหาข้อขัดข้อง

โปรแกรมการรายงานความเสี่ยงที่จะนำมาใช้

The screenshot displays the 'Risk Management V.2' application interface. A central modal window titled 'รายงานการเกิดความเสี่ยง-อุบัติการณ์' (Report Risk Incidents) is open, showing a form for reporting incidents. The form is organized into two identical sections, each containing the following fields:

- โปรแกรมความเสี่ยง** (Risk Program): A dropdown menu with the option '-- เลือกโปรแกรม --'.
- รายการบัญชีความเสี่ยง** (Risk Account List): A dropdown menu with the option '-- เลือกรายการความเสี่ยง --'.
- อื่นๆ (โปรดระบุ):** A text input field.
- ระดับความรุนแรง** (Severity Level): A dropdown menu with the option '-- เลือกระดับความรุนแรง --'.
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** (Related Department): A dropdown menu with the option '-- เลือกหน่วยงาน --'. A note below it states: 'เป็นหน่วยงานที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง หรือเกี่ยวข้องที่ต้องทบทวน' (It is the department that causes the risk or is involved in the review).
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง1** (Related Department 1): A dropdown menu with the option '-- เลือกหน่วยงาน --'.
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง2** (Related Department 2): A dropdown menu with the option '-- เลือกหน่วยงาน --'.
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง3** (Related Department 3): A dropdown menu with the option '-- เลือกหน่วยงาน --'.
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง4** (Related Department 4): A dropdown menu with the option '-- เลือกหน่วยงาน --'.
- วันที่เกิดเหตุการณ์** (Incident Date): A date picker field.
- เวลา:** (Time): A time input field with a note: 'ให้ใส่ ชั่วโมงกับนาที ตัวอย่าง 22:30 หรือ 08:30' (Please enter hour and minute, e.g., 22:30 or 08:30).
- สถานที่เกิดเหตุ** (Incident Location): A dropdown menu with the option '-- เลือกสถานที่ --'.
- รายละเอียดเหตุการณ์** (Incident Details): A large text area for describing the incident.

Below each section, there is a **รายละเอียดเหตุการณ์** (Incident Details) text area. The interface also shows a sidebar on the left with navigation options like 'Main', 'บันทึกความเสี่ยง', 'Report', 'ตัวชี้วัด', 'About', and 'ออกจากระบบ'. On the right, there is a user profile section and a list of risk categories.

Risk Management V.2

- Main
- บันทึกความเสี่ยง new
- Report 4
- ตัวชี้วัด 6
- About
- ออกจากระบบ Sign Out

โปรแกรมความเสี่ยง 04: เครื่องมือ/อุปกรณ์

รายการบัญชีความเสี่ยง 0401: เครื่องมือ อุปกรณ์ ตกใส่ผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่

อื่นๆ (โปรดระบุ):

ระดับความรุนแรง C: ส่งผลกระทบถึง ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ แต่ไม่ได้รับอันตราย, ทรัพย์สินเสียหาย <1,000 บาท

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กายภาพบำบัด เป็นหน่วยงานที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง หรือเกี่ยวข้องที่ต้องทบทวน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง1 เภสัชกรรม

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง2 เภสัชกรรม

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง3 ยุทธศาสตร์และสารสนเทศ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง4 -- เลือกหน่วยงาน --

วันที่เกิดเหตุการณ์ ...

เวลา: ให้ใส่ ชั่วโมงกับนาที ตัวอย่าง 22:30 หรือ 08:30

สถานที่เกิดเหตุ -- เลือกสถานที่ --

รายละเอียดเหตุการณ์

รายละเอียดเหตุการณ์

การจัดการ/การแก้ไขเบื้องต้น

รายละเอียดเหตุการณ์

รายละเอียดเหตุการณ์

การจัดการ/การแก้ไขเบื้องต้น

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง1 เภสัชกรรม

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง2 เภสัชกรรม

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง3 ยุทธศาสตร์และสารสนเทศ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง4 -- เลือกหน่วยงาน --

วันที่เกิดเหตุการณ์ ...

เวลา: ให้ใส่ ชั่วโมงกับนาที ตัวอย่าง 22:30 หรือ 08:30

สถานที่เกิดเหตุ -- เลือกสถานที่ --

รายละเอียดเหตุการณ์

รายละเอียดเหตุการณ์

การจัดการ/การแก้ไขเบื้องต้น

ข้าดิตรรมจักษ์,นพ. ข้อมูลปี 2557

Home

ก.ค. ส.ค. ก.ย. รวม

0	0	0	27
0	0	0	51
0	0	0	183
0	0	0	63
0	0	0	0
0	0	0	12
0	0	0	1
0	0	0	18
0	0	0	195
0	0	0	30
0	0	0	801
0	0	0	0

งบรายเดือน ปี 2557

การรายงานการเกิดความเสี่ยง

รายงานการเกิดความเสี่ยง-อุบัติการณ์

โปรแกรมความเสี่ยง: -- เลือกโปรแกรม --

รายการบัญชีความเสี่ยง: -- เลือกโปรแกรม --

อื่นๆ (โปรดระบุ): 01 : ข้อร้องเรียน/ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
02 : การติดต่อสื่อสาร/สารสนเทศ
03 : เอกสารการบันทึก ส่ง มอบ/เวาระเบียน
04 : เครื่องมือ/อุปกรณ์

ระดับความรุนแรง: 05ENV : โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
06 : พลาสติก/ลัม/ความปลอดภัย
07 : สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: 08 : มาตรฐานวิชาชีพ/ความพร้อมในการให้บริการ
09 : ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (General Clinical Risk)
10 : ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะ (Specific Clinical Risk)
11 : ความคลาดเคลื่อนทางยา Medication Error
12 : โด่งทดสอบระบบ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง1: -- เลือกหน่วยงาน --

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง2: -- เลือกหน่วยงาน --

วันที่เกิดเหตุการณ์: ...

เวลา: ให้ใส่ ชั่วโมงกับนาที ตัวอย่าง 22:30 หรือ 08.30

สถานที่เกิดเหตุ: -- เลือกสถานที่ --

รายละเอียดเหตุการณ์:

รายละเอียดเหตุการณ์:

รายงานการเกิดความเสี่ยง-อุบัติการณ์

โปรแกรมความเสี่ยง: 04 : เครื่องมือ/อุปกรณ์

รายการบัญชีความเสี่ยง: -- เลือกรายการความเสี่ยง --

อื่นๆ (โปรดระบุ): -- เลือกรายการความเสี่ยง --

ระดับความรุนแรง: 0401 : เครื่องมือ อุปกรณ์ ตกใส่ผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่
0402 : ได้รับอันตรายบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์
0403 : เครื่องมือ อุปกรณ์ ชัดข้องขณะใช้งาน
0404 : เครื่องมือ อุปกรณ์ ที่จำเป็นไม่มี /ไม่พอใช้ /เสีย
0405 : เจ้าหน้าที่ใช้เครื่องมือไม่เป็น/ไม่ถูกวิธีทำให้เกิดความเสียหาย
0406 : อุปกรณ์ไฟฟ้าชำรุด เสื่อมคุณภาพ (อาจ เกิดไฟฟรัว/ช็อต/ดูด
0407 : ระบบก๊าซทางการแพทย์ขัดข้อง
0408 : อื่น ๆ (ระบุ)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: -- เลือกหน่วยงาน --

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง1: -- เลือกหน่วยงาน --

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง2: -- เลือกหน่วยงาน --

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง3: -- เลือกหน่วยงาน --

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง4: -- เลือกหน่วยงาน --

วันที่เกิดเหตุการณ์: ...

เวลา: ให้ใส่ ชั่วโมงกับนาที ตัวอย่าง 22:30 หรือ 08.30

สถานที่เกิดเหตุ: -- เลือกสถานที่ --

รายละเอียดเหตุการณ์:

รายละเอียดเหตุการณ์:

รายงานการเกิดความเสี่ยง-อุบัติการณ์	
โปรแกรมความเสี่ยง	04 : เครื่องมือ/อุปกรณ์
รายการบัญชีความเสี่ยง	0401 : เครื่องมือ อุปกรณ์ ตกใส่ผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่
อื่นๆ (โปรดระบุ) :	
ระดับความรุนแรง	-- เลือกระดับความรุนแรง --
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	-- เลือกระดับความรุนแรง --
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง1	A: ตักจับได้ โดยหน่วยงาน ก่อนที่จะไปถึงผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง2	B: เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่สามารถตรวจพบได้ก่อนยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง3	C: ส่งผลกระทบต่อ ถึง ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ แต่ไม่ได้รับอันตราย, ทรัพย์สินเสียหาย <1,000 บาท
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง4	D: ต้องเฝ้าระวังเพิ่มเติม ให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย, ทรัพย์สินเสียหาย >1,000 - 5,000 บาท
	E: เกิดอันตรายชั่วคราว ต้องมีการรักษาหรือแก้ไข, ทรัพย์สินเสียหาย >5,000 - 10,000 บาท
	F: เกิดอันตรายเป็นการชั่วคราวต้องนอนโรงพยาบาล ทรัพย์สินเสียหาย >10,000 - 20,000 บาท
	G: เกิดความสูญเสียอันตรายถาวร เช่น สูญเสียอวัยวะ ทรัพย์สินเสียหาย >20,000 - 50,000 บาท
	H: อันตรายเกือบเสียชีวิต ต้องบำบัดรักษาเพื่อช่วยชีวิต, ทรัพย์สินเสียหาย >50,000 - 100,000 บาท
	I: เสียชีวิต, ทรัพย์สินเสียหาย >100,000 บาท
วันที่เกิดเหตุการณ์	<input type="text"/> ...
เวลา :	<input type="text"/> ให้ใส่ ชั่วโมงกับนาที ตัวอย่าง 22:30 หรือ 08.30
สถานที่เกิดเหตุ	-- เลือกสถานที่ --
รายละเอียดเหตุการณ์	<input type="text"/>
รายละเอียดเหตุการณ์	<input type="text"/>

รายงานความเสี่ยงภาพรวม

Risk Management V.2
ผู้ใช้งาน: ฟ้าดีธรรมรักษ์, นพ. ข้อมูลปี 2557

- Main
- บันทึกความเสี่ยง new
- Report 4
- ตัวชี้วัด 6
- About
- ออกจากระบบ Sign Out

ข้อมูลปี : 2557
Home

0 ครั้ง

ฟ้าดีธรรมรักษ์, นพ.
เป็นผู้อำนวยการ

แก้ไข - ลบข้อมูล

0 ครั้ง

รายงานโดยบุคลากรในหน่วยงาน
องค์กรแพทย์

ดูรายละเอียด

0 ครั้ง

ต้องทบทวนโดยหน่วยงาน
องค์กรแพทย์

ทบทวนความเสี่ยง-อุบัติการณ์

0 ครั้ง

ทบทวนแล้วโดยหน่วยงาน
องค์กรแพทย์

ดูรายละเอียด

1422 ครั้ง

รายงานทั้งหมดของ
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

ดูรายละเอียด

990 ครั้ง

รายงานทั้งหมดที่ยังไม่ทบทวน
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์


ทบทวนความเสี่ยง-อุบัติการณ์

426 ครั้ง

รายงานที่ทบทวนแล้วทั้งหมดของ
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์


ดูรายละเอียด

Risk & Incident



0

Risk

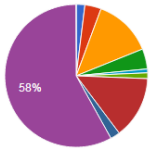


36.97

Incident

Program

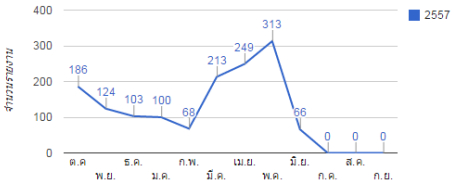
แผนภูมิแสดงจำนวนรายงานอุบัติการณ์ แยกตามโปรแกรมความเสี่ยง ปี 2557



- ข้อร้องเรียน
- ดัดต่อสื่อสาร
- เวชระเบียน
- เครื่องมือ
- ความปลอดภัย
- มาตรฐานวิชาชีพ
- คลินิกทั่วไป

Month

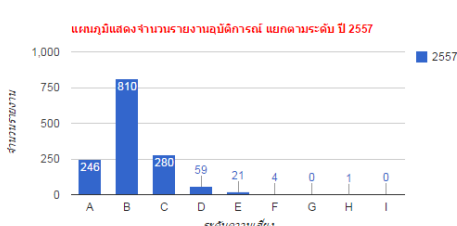
กราฟเส้นแสดงจำนวนรายงานอุบัติการณ์ แยกรายเดือน ปี 2557



เดือน	จำนวนรายงาน
ต.ค.	186
พ.ย.	124
ธ.ค.	103
ม.ค.	100
ก.พ.	68
มี.ค.	213
เม.ย.	249
พ.ค.	313
มิ.ย.	96
ก.ค.	0
ส.ค.	0
ก.ย.	0

Level

แผนภูมิแสดงจำนวนรายงานอุบัติการณ์ แยกตามระดับ ปี 2557



ระดับความเสี่ยง	จำนวนรายงาน
A	246
B	810
C	200
D	59
E	21
F	4
G	0
H	1
I	0

ทีมบริหารจัดการความเสี่ยง & ทีมไอที: โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
โทร. 8809 8810

© ขอขอบคุณทีมบริหารจัดการความเสี่ยง & ทีมพัฒนาระบบสารสนเทศ: โรงพยาบาลเกษรสมบูรณ จังหวัดชัยภูมิ

รายงานความเสี่ยง ๒๐ อันดับ แยกรายเดือน

Risk Management V.2
ผู้ใช้งาน: ชาติธรรม รัตน, เลข. 2557

Main
ข้อมูลปี : 2557

บันทึกความเสี่ยง
Report

ตัวชี้วัด
Sign Out

รายการความเสี่ยง 20 อันดับ แยกรายเดือน

รหัส	รายการความเสี่ยง	ด.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	รวม
DE02	จัดจ่ายยาผิดชนิด	6	0	0	20	19	41	34	28	6	0	0	0	233
TE02	คัดลอกยาผิดชนิด/ขนาด/วิธีไม่/จำนวน	3	0	0	17	3	13	8	6	3	0	0	0	121
O304	ออกเอกสารผิดพลาด เช่น ใบรับรองแพทย์ ใบเสร็จรับเงิน	1	0	0	5	12	6	17	12	1	0	0	0	86
DE05	จัดจ่ายยาผิดจำนวน	10	0	0	7	4	14	11	10	10	0	0	0	79
TE01	คัดลอกยาที่ไม่มีในคำสั่งแพทย์/ไม่ตามแพทย์สั่ง	0	0	0	1	2	50	4	4	0	0	0	0	69
DE03	จัดจ่ายยาผิดขนาด	8	0	0	3	3	13	8	8	8	0	0	0	64
DE07	จัดจ่ายยาที่มีในคำสั่งแพทย์/ไม่ตามแพทย์สั่ง	6	0	0	9	2	5	3	10	6	0	0	0	60
O303	การระบุตัวผู้ป่วยผิดระบบ/สิทธิ์ผู้ป่วยผิดประเภท	6	0	0	1	1	5	13	10	6	0	0	0	43
PE09	อื่น ๆ (รวม)	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	39
IC08	การไม่ปฏิบัติตามหลัก IC/UP	0	0	0	0	0	2	9	23	0	0	0	0	37
LB02	มีความผิดพลาดในการเก็บ specimen ส่งตรวจ ผิดคน/ผิดวิธี	1	0	0	2	2	3	15	8	1	0	0	0	35
O307	อื่น ๆ (รวม)	3	0	0	0	0	8	4	7	3	0	0	0	27
O404	เครื่องมือ อุปกรณ์ ที่จำเป็นไม่มี /ไม่พอใช้ /เสีย	0	0	0	0	0	0	9	16	0	0	0	0	25
PE03	ส่งยาเข้า ขนาดมาก/น้อยเกินไป over/under dose	0	0	0	6	0	0	1	0	0	0	0	0	25
IC09	ทิ้งขยะติดเชื้อผิดประเภท	1	0	0	0	0	0	0	23	1	0	0	0	24
PE01	ส่งยาเข้าที่ผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ยา/มีของห้ามใช้	0	0	0	7	1	4	0	1	0	0	0	0	22
DE11	อื่น ๆ (รวม)	2	0	0	0	2	0	7	5	2	0	0	0	19
O301	หลักฐาน เอกสารสำคัญของผู้ป่วย เวย์ระบบหาย/เสียหาย	4	0	0	0	0	1	4	8	4	0	0	0	18
O403	เครื่องมือ อุปกรณ์ ชัดชัดของขณะใช้งาน	0	0	0	1	0	1	7	5	0	0	0	0	17
LB09	อื่น ๆ (รวม)	0	0	0	7	1	1	5	2	0	0	0	0	17

Program

แผนภูมิวงแสดงจำนวนรายงานอุบัติการณ์ แยกตามโปรแกรมความเสี่ยง ปี 2558

โปรแกรมความเสี่ยง	จำนวนรายงาน
ข้อดี...	27
ข้อด...	51
เวช...	183
เชื้อ...	63
สภาพ...	0
ควา...	12
สัปดาห์...	1
การ...	18
คลัง...	195
คลัง...	30
Med...	801
โถง...	0

Month

กราฟเส้นแสดงจำนวนรายงานอุบัติการณ์ แยกรายเดือน ปี 2557

เดือน	จำนวนรายงาน
ม.ค.	186
พ.ย.	124
ธ.ค.	103
ม.ค.	100
ก.พ.	68
มี.ค.	213
เม.ย.	249
พ.ค.	313
มิ.ย.	66
ก.ค.	0
ส.ค.	0
ก.ย.	0

ทีมบริหารจัดการความเสี่ยง & ทีมไอที : โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
 โทร. 8809 8810
 © ขอขอบคุณทีมบริหารจัดการความเสี่ยง & ทีมพัฒนาระบบสารสนเทศ: โรงพยาบาลเกษรสมบูรณ จังหวัดชัยภูมิ

รายงานความเสี่ยง แยกหน่วยงานและรายเดือน

Risk Management V.2

พระพงษ์ชาติธรรมรัตน์,นพ. ข้อมูลปี 2557

- Main
- บันทึกความเสี่ยง new
- Report 4
- ตัวชี้วัด 6
- About
- ออกจากระบบ Sign Out

ข้อมูลปี : 2557

Home

รายงานความเสี่ยงแยกหน่วยงานและรายเดือน

รหัส	หน่วยงาน	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	รวม
001	บริหารงานทั่วไป	2	2	0	1	2	4	25	9	2	0	0	0	47
003	จ่ายกลาง	0	0	0	0	0	0	6	31	1	0	0	0	38
004	โรงครัว	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
005	ซีกฟอก	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	4
006	เวรเปล	0	1	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	7
007	รักษาความปลอดภัย	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4
008	ยุทธศาสตร์และสารสนเทศ	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	6
009	ประกันสุขภาพ/เวชระเบียน	0	0	0	0	0	1	6	7	1	0	0	0	15
010	ยานยนต์	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	4
011	ซ่อมบำรุง	0	1	0	0	0	2	3	1	0	0	0	0	7
012	ศึกษูปัวย ไน ชาย	3	3	4	5	2	4	8	15	2	0	0	0	46
013	ศึกษูปัวย ไน หญิง	8	6	0	9	7	3	15	17	0	0	0	0	65
014	ศึกษูปัวยนอก	69	57	57	40	19	24	34	24	8	0	0	0	332
015	อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	4	4	0	2	0	8	28	43	2	0	0	0	91
016	ห้องคลอด	1	0	0	0	0	2	6	14	1	0	0	0	24
017	ห้องผ่าตัด	6	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	7
018	เคสชันกรรม	89	46	41	40	34	78	71	69	30	0	0	0	498
019	ห้องปฏิบัติการ	1	0	0	0	0	2	12	8	1	0	0	0	24
020	เอ็กซเรย์	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	6
021	สุขภาพจิต	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
022	ทันตกรรม	0	1	0	0	0	1	4	22	1	0	0	0	29
023	เวรปฏิบัติฯ	0	0	0	0	1	2	4	5	2	0	0	0	14
024	แพทย์แผนไทย	1	1	1	2	0	0	1	1	0	0	0	0	7
002	กายภาพบำบัด	0	1	0	0	1	3	2	1	2	0	0	0	10
025	คลินิกพิเศษ	0	0	0	1	2	74	17	26	13	0	0	0	133
026	องค์กรแพทย์	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Program
✖

แผนภูมิแท่งแสดงจำนวนรายงานอุบัติการณ์ แยกตามโปรแกรมความเสี่ยง ปี 2558

โปรแกรมความเสี่ยง	จำนวนรายงาน
อุบัติเหตุ	27
ติด...	51
เวช...	183
เชื้อ...	63
สถาน...	0
คาว...	12
สิท...	1
ภา...	18
คล...	195
คส...	30
Med...	801
โศ...	0

Month
✖

กราฟเส้นแสดงจำนวนรายงานอุบัติการณ์ แยกรายเดือน ปี 2557

เดือน	จำนวนรายงาน
ต.ค.	186
พ.ย.	124
ธ.ค.	103
ม.ค.	100
ก.พ.	68
มี.ค.	213
เม.ย.	249
พ.ค.	313
มิ.ย.	56
ก.ค.	0
ส.ค.	0
ก.ย.	0

ทีมบริหารจัดการความเสี่ยง & ทีมไอที : โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
 โทร. 8809 8810
 © ขอขอบคุณทีมบริหารจัดการความเสี่ยง & ทีมพัฒนาระบบสารสนเทศ: โรงพยาบาลเกษรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

รายงานโปรแกรมความเสี่ยงแยกรายเดือน

Risk Management V.2
👤 ทรัพย์สินฯ ชาติธรรมวิกรม, นพ. ข้อมูลปี 2557

- Main
- บันทึกความเสี่ยง new
- Report 4
- ตัวชี้วัด 6
- About
- ออกจากระบบ Sign Out

ข้อมูลปี : 2557
Home

รายงานโปรแกรมความเสี่ยงแยกรายเดือน

รหัส	โปรแกรมความเสี่ยง	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	รวม
01	ข้อร้องเรียน/ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	6	1	1	1	1	3	7	7	0	0	0	0	27
02	การคัดต่อสื่อสาร/สารสนเทศ	3	1	1	1	3	7	17	15	3	0	0	0	51
03	เอกสารการบันทึกส่งมอบ/เวชระเบียน	18	13	16	6	13	21	39	42	15	0	0	0	183
04	เครื่องมือ/อุปกรณ์	2	3	2	1	0	2	22	31	0	0	0	0	63
05ENV	โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	ทดสอบ/สัม/ความปลอดภัย	0	1	0	0	1	0	4	6	0	0	0	0	12
07	สิทธิ์ผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
08	มาตรฐานวิชาชีพ/ความพร้อมในการให้บริการ	0	0	0	0	0	0	7	8	3	0	0	0	18
09	ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (General Clinical Risk)	6	10	1	14	5	15	50	88	6	0	0	0	195
10	ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะ (Specific Clinical Risk)	0	1	0	0	0	7	2	20	0	0	0	0	30
11	ความคลาดเคลื่อนทางยา Medication Error	151	94	82	77	44	148	87	81	37	0	0	0	801
12	โด้งทดสอบระบบ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Program

แผนภูมิแท่งแสดงจำนวนรายงานอุบัติการณ์ แยกตามโปรแกรมความเสี่ยง ปี 2558

โปรแกรมความเสี่ยง	จำนวนรายงาน
ข้อ...	27
คัด...	51
เวช...	183
เสถี...	63
สถา...	0
ควา...	12
สิท...	1
ภา...	18
คล...	195
ดล...	30
Med...	801
โด้ง...	0

Month

กราฟเส้นแสดงจำนวนรายงานอุบัติการณ์ แยกรายเดือน ปี 2557

เดือน	จำนวนรายงาน
ต.ค.	186
พ.ย.	124
ธ.ค.	103
ม.ค.	100
ก.พ.	68
มี.ค.	213
เม.ย.	249
พ.ค.	313
มิ.ย.	56
ก.ค.	0
ส.ค.	0
ก.ย.	0

ทีมบริหารจัดการความเสี่ยง & ทีมไอที : โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
 โทร. 8809 8810
 © ขอขอบคุณทีมบริหารจัดการความเสี่ยง & ทีมพัฒนาระบบสารสนเทศ: โรงพยาบาลเกษรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

รายงานระดับความเสี่ยงแยกรายเดือน

Risk Management V.2
ผู้ใช้งาน: วิชาดีธรรมรัตน์, นพ. ข้อมูลปี 2557

- Main
- บันทึกความเสี่ยง new
- Report 4
- ตัวชี้วัด 6
- About
- ออกจากระบบ Sign Out

ข้อมูลปี : 2557
Home

รายงานระดับความเสี่ยงแยกรายเดือน

ระดับความเสี่ยง	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	รวม
A: ดักจับได้โดยหน่วยงาน ก่อนที่จะไปถึงผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	25	5	2	2	3	16	78	105	10	0	0	0	246
B: เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่สามารถตรวจพบได้ก่อนยังไม่ถึงผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	132	86	78	79	38	150	98	113	36	0	0	0	810
C: ส่งผลกระทบถึงผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ แต่ไม่ได้รับอันตราย, ทรัพย์สินเสียหาย <1,000 บาท	14	23	20	9	24	31	65	76	18	0	0	0	280
D: ต้องเฝ้าระวังเพิ่มเติม ให้ความสนใจว่าไม่เกิดอันตราย, ทรัพย์สินเสียหาย >1,000 - 5,000 บาท	14	10	2	8	2	4	7	11	1	0	0	0	59
E: เกิดอันตรายชั่วคราว ต้องมีการรักษาหรือแก้ไข, ทรัพย์สินเสียหาย >5,000 - 10,000 บาท	1	0	0	2	1	11	0	6	0	0	0	0	21
F: เกิดอันตรายเป็นการชั่วคราวต้องนอนโรงพยาบาล ทรัพย์สินเสียหาย >10,000 - 20,000 บาท	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	4
G: เกิดความสูญเสียอันตรายถาวร เช่น สูญเสียอวัยวะ ทรัพย์สินเสียหาย >20,000 - 50,000 บาท	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H: อันตรายเกือบเสียชีวิต ต้องนำปศุสัตว์เพื่อช่วยชีวิต, ทรัพย์สินเสียหาย >50,000 - 100,000 บาท	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
I: เสียชีวิต, ทรัพย์สินเสียหาย >100,000 บาท	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Level

แท่งภูมิแสดงจำนวนรายงานอุบัติการณ์ แยกตามระดับ ปี 2557

ระดับความเสี่ยง	จำนวนรายงาน
A	246
B	810
C	280
D	59
E	21
F	4
G	0
H	1
I	0

Month

กราฟเส้นแสดงจำนวนรายงานอุบัติการณ์ แยกรายเดือน ปี 2557

เดือน	จำนวนรายงาน
ต.ค.	186
พ.ย.	124
ธ.ค.	103
ม.ค.	100
ก.พ.	68
มี.ค.	213
เม.ย.	249
พ.ค.	313
มิ.ย.	66
ก.ค.	0
ส.ค.	0
ก.ย.	0

ทีมบริหารจัดการความเสี่ยง & ทีมไอที : โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
 โทร. 8809 8810
 © ขอขอบคุณทีมบริหารจัดการความเสี่ยง & ทีมพัฒนาระบบสารสนเทศ: โรงพยาบาลเกษรสมบุญดี จังหวัดชัยภูมิ

ประวัติผู้เขียนเอกสารโครงการส่วนบุคคล

ชื่อ นางสาวอัญญา พุทธิปลื้มธน

วัน เดือน ปีเกิด ๒ มิถุนายน ๒๕๑๐

ตำแหน่งหน้าที่การงาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๖๐

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.๒๕๒๘-พ.ศ.๒๕๓๒ พยาบาลศาสตรบัณฑิต ระดับปริญญาตรี วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

ประวัติรับราชการ

ตำแหน่ง	สังกัด	วันที่ดำรงตำแหน่ง
พยาบาลวิชาชีพ ๓	ฝ่ายการพยาบาล วชิรพยาบาล สำนักงานแพทย์	๓ เมษายน ๒๕๓๒
พยาบาลวิชาชีพ ๔	ฝ่ายการพยาบาล วชิรพยาบาล สำนักงานแพทย์	๙ กันยายน ๒๕๓๔
พยาบาลวิชาชีพ ๕	ฝ่ายการพยาบาล วชิรพยาบาล สำนักงานแพทย์	๑ ตุลาคม ๒๕๓๖
พยาบาลวิชาชีพ ๖ ว (ด้านการพยาบาลหอผู้ป่วย)	ฝ่ายการพยาบาล วชิรพยาบาล สำนักงานแพทย์	๑๕ กันยายน ๒๕๔๑
พยาบาลวิชาชีพ ๖ ว (ด้านการพยาบาลทั่วไป)	ฝ่ายการพยาบาล วชิรพยาบาล สำนักงานแพทย์	๒๔ ธันวาคม ๒๕๔๑
พยาบาลวิชาชีพ ๖ ว (ด้านการพยาบาลทั่วไป)	ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักงานแพทย์	๑ พฤษภาคม ๒๕๔๓
พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช. (ด้านการพยาบาลทั่วไป)	ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักงานแพทย์	๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๖
พยาบาลวิชาชีพ ๗ วช. (ด้านการพยาบาล)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักงานแพทย์	๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๓
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักงานแพทย์	๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๔
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักงานแพทย์	๔ มกราคม ๒๕๕๖