

**มาตรฐานเชิงนโยบาย**  
**การบริหารความเสี่ยงและการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์**  
**โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**

<p>อ้างถึง นโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร</p> <p>ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 2 / 2557</p> <p>ผู้เขียน / เรียบเรียง</p> <p>1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล (เมษายน/2557)</p> <p style="text-align: center;">ผู้เสนอ  (1/เมษายน/2557)          (ผศ.นพ.สิทธิชา สิริอารีย์: ผู้จัดการความเสี่ยงโรงพยาบาล)</p> <p style="text-align: center;">ผู้รับรอง  (1/เมษายน/2557)          (ผศ.นพ.สิทธิชา สิริอารีย์ : QMR)</p> <p style="text-align: center;">ผู้อนุมัติ  (1/เมษายน/2557)          (รศ.นพ.สมศักดิ์ เซาว์วิศิษฐ์เสรี : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)</p> <p style="text-align: center;">ผู้อนุมัติ  (2/เมษายน/2557)          (รศ.นพ.วัฒนา นาวาเจริญ : คณบดีคณะแพทยศาสตร์)</p>	<p>รหัสเอกสาร : นย...<del>24</del>.../2559</p> <p style="text-align: right;">หน้า 1-16</p> <p>ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3 / 2559</p> <p>ผู้เขียน / เรียบเรียง</p> <p>1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล (ตุลาคม/2559)</p> <p style="text-align: center;">ผู้เสนอ  (...../ตุลาคม/2559)          (ผศ.นพ.สิทธิชา สิริอารีย์: ผู้จัดการความเสี่ยงโรงพยาบาล)</p> <p style="text-align: center;">ผู้รับรอง  (...../ตุลาคม/2559)          (ผศ.นพ.สิทธิชา สิริอารีย์ : QMR)</p> <p style="text-align: center;">ผู้อนุมัติ  (...../ตุลาคม/2559)          (ผศ.นพ.นิสิต วรรณนัจจริยา : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)</p> <p style="text-align: center;">ผู้อนุมัติ  (...../ตุลาคม/2559)          (ศ.คลินิก นพ.วัฒนา นาวาเจริญ : คณบดีคณะแพทยศาสตร์)</p>
--	--

**1. วัตถุประสงค์**

- 1.1 เพื่อเป็นแนวทางในชี้บ่งและดำเนินการเมื่อพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- 1.2 เพื่อให้มีการดำเนินการบริหารความเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
- 1.3 เพื่อให้มั่นใจว่ารายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทุกเหตุการณ์ได้รับการบริหารจัดการอย่างถูกต้องภายในระยะเวลาที่เหมาะสม
- 1.4 เพื่อรักษาและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการการรักษาพยาบาล/การให้บริการงาน สัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง

**2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง**

- 2.1 ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์
- 2.2 อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Incidence/Adverse event) หมายถึง การบาดเจ็บ อันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการดูแลรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น หรือ อวัยวะในร่างกายต้องสูญเสียการทำงานที่และมีผลกระทบต่อผู้ป่วย หรือเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น นอกเหนือความคาดหมายจากการทำงานตามปกติที่ไม่ได้ส่งผลต่อผู้ป่วย แต่อาจส่งผลกระทบต่อชื่อเสียง โรงพยาบาล ทรัพย์สินโรงพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ
  - ก. ความเสี่ยง/อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางคลินิก (Clinical risk) คือเหตุการณ์ที่ ก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นกับผู้ป่วย อันมีเหตุเกิดจากกระบวนการให้บริการ กิจกรรมการตรวจวินิจฉัย และ

การดูแลรักษาพยาบาล โดยมีการกำหนดระดับความรุนแรง ตั้งแต่ระดับ A ถึง I โดยแบ่งเป็น ความเสี่ยงทั่วไปทางคลินิก (Common clinical risk) เช่น การเกิดแผลกดทับ การหกล้มพลัดตกเตียงในโรงพยาบาล และความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific clinical risk) เช่น ภาวะเสียเลือดมากหลังคลอด การเกิดภาวะแทรกซ้อนในการทำหัตถการ เป็นต้น

ข. ความเสี่ยง/อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั่วไป (General risk or Non-clinical risk) คือความเสี่ยงที่ไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษา ได้แก่ ความเสี่ยงเกี่ยวกับโครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของบุคลากรและผู้รับบริการ ความปลอดภัยของเครื่องมือ อาชีวอนามัยการสัมผัสวัสดุของเสียอันตราย การบาดเจ็บขณะปฏิบัติงาน ระบบสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล และรวมถึงข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ มีการกำหนดระดับความรุนแรง ตั้งแต่ระดับ 1-3

### 2.3 เหตุการณ์พึงสังวร หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรงมาก (Sentinel event)

หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่อยู่ในระดับรุนแรงมากเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต หรือมีผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรงและ/หรือ มีความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง และ/หรือทำให้โรงพยาบาลเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องมีการสืบสวนและตอบสนองทันที คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้กำหนดไว้ดังนี้

- 1) มีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (Suicide of a person)
- 2) ปฏิกิริยาจากการให้เลือดที่รุนแรง (Hemolytic transfusion reaction)
- 3) การเสียชีวิต พิการ หมดสติ หรือการสูญเสียหน้าที่อันเนื่องมาจากความคลาดเคลื่อนทางยา (Any patient death , paralysis , coma or other major permanent loss of function from medication errors)
- 4) การผ่าตัดผิดตำแหน่ง/ ผิดประเภท/ ผ่าตัดผิดคน (Wrong site ,wrong procedure surgery, wrong patient)
- 5) ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายหรือมีภาวะทุพพลภาพอย่างถาวรโดยไม่เกี่ยวข้องกับการดำเนินของโรคหรือการเจ็บป่วยในขณะนั้น
- 6) ผู้ป่วยได้รับผลกระทบหรือความเสียหายอาจถึงกับพิการหรือเสียชีวิต อันเป็นเหตุความบกพร่องของอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ รวมถึงจากบุคลากรทางการแพทย์ / กระบวนการรักษา ใน โรงพยาบาล (เช่น การผ่าตัด/หัตถการต่างๆ, Fall, Restraint, Medication Error , Delayed Treatment)
- 7) การมีสิ่งของ/อุปกรณ์ตกค้างอยู่ในร่างกายผู้ป่วย (Retained Foreign Object after Surgery)
- 8) การทำร้ายร่างกาย/ข่มขืนหรือล่วงเกินทางเพศ/ฆาตกรรมในโรงพยาบาล (Assault/ Rape/ Homicide)
- 9) การลักพาตัวทารก (Infant Abduction)/การส่งมอบทารกผิดครอบครัว (Infant who was sent home with the wrong parents)

- 10) อุบัติภัยหมู่ที่ต้องประกาศ Code อุบัติภัยหมู่ ภัยพิบัติ อัคคีภัย ที่ส่งผลเสียต่อทรัพย์สินรุนแรง
- 11) อุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือฟ้องร้อง หรือมีสื่อมวลชนเข้ามาเกี่ยวข้อง

2.4 บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งโรงพยาบาล/หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้น โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ การสำรวจภายในหน่วยงาน เพื่อเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวังโดยรวบรวมจากทุกหน่วยงาน เพื่อให้เป็นระดับโรงพยาบาล ซึ่งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้จัดทำบัญชีความเสี่ยงโรงพยาบาล (Hospital Risk Profile) ตามเข็มมุ่งความเสี่ยงของโรงพยาบาล T-SIMPLE-D โดยจัดแบ่งเป็น

ก. ความเสี่ยง/อุบัติเหตุ/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางคลินิก (Clinical risk) คือ ความเสี่ยง/อุบัติเหตุ/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นกับผู้ป่วย อันมีเหตุเกิดจากกระบวนการให้บริการ กิจกรรมการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาล โดยแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

- 1) ความเสี่ยงทั่วไปทางคลินิก (Common clinical risk) ที่มีโอกาสเกิดได้ในผู้ป่วยทุกรายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ความคลาดเคลื่อนทางยา การเกิดแผลกดทับ การทกล้มพลัดตกเตียง การเกิดความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวผู้ป่วย ความคลาดเคลื่อนในการสื่อสาร เป็นต้น
- 2) ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific clinical risk) ที่มีโอกาสเกิดขึ้นเฉพาะโรค หรือหัตถการที่ผู้ป่วยได้รับเท่านั้น เช่น ภาวะเสียเลือดมากหลังคลอด การเกิดภาวะ Pneumothorax จากการทำหัตถการ Thoracocentesis เป็นต้น

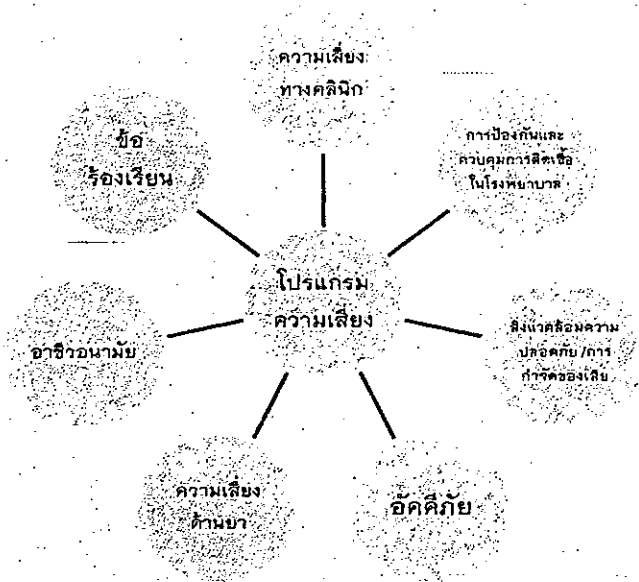
ข. ความเสี่ยง/อุบัติเหตุ/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั่วไป (General risk or Non-clinical risk) คือ ความเสี่ยงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา ดังนี้

- 1) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของบุคลากร และผู้รับบริการ ความเสี่ยงจากวัสดุและของเสียอันตราย การเกิดภาวะฉุกเฉินอุบัติเหตุ/ภัยพิบัติ และอัคคีภัยในโรงพยาบาล และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 2) ความเสี่ยงด้านเครื่องมือและระบบสารสนเทศ เช่น ปัญหาความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือแพทย์ ปัญหาที่พบจากระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล
- 3) ความเสี่ยงด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม
- 4) ความเสี่ยงการร้องเรียนจากผู้รับบริการ เช่น ความไม่พึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล บุคลากรมีพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสม ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกเมื่อมาใช้บริการในโรงพยาบาล เป็นต้น

(รายละเอียดของความเสี่ยงทั่วไปอยู่ในภาคผนวก)

2.5 ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (index for categorizing error) หมายถึง ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยกำหนดไว้ตั้งแต่ระดับ A ถึง I ตาม The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention : NCC MER และระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทั่วไป แบ่งเป็นระดับความรุนแรงตามผลกระทบของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น คือระดับ 1-3 ตัวอย่าง เช่น เหตุการณ์เกือบพลาด (Near miss event) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ซึ่งเกือบจะเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือเกิดขึ้นแล้วแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย (ระดับ A-B) เพราะสามารถแก้ไขสถานการณ์ได้ทันเวลา หรืออาจด้วยความบังเอิญ (รายละเอียดของระดับความรุนแรงของเหตุการณ์อยู่ในภาคผนวก)

2.6 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System) หมายถึง การประสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยงเพื่อให้มีผู้รู้ที่กำลังเกิดความเสี่ยงอะไรขึ้น โรงพยาบาลกำลังเผชิญกับความเสี่ยงอะไร กิจกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้ผลเพียงใด โดยกิจกรรมบริหารความเสี่ยง ดังกล่าว ได้กำหนดให้เป็นโปรแกรมความเสี่ยง ซึ่งประกอบด้วย ความเสี่ยง 7 ด้านคือ 1) ความเสี่ยงทางคลินิก 2) ความเสี่ยงด้านยา 3) ความเสี่ยงด้านการติดเชื้อในโรงพยาบาล 4) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัย และการกำจัดของเสีย 5) ความเสี่ยงด้านอัตรากำลัง 6) ด้านอาชีวอนามัย และ 7) ด้านข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ ดังนี้



### 3. นโยบาย

3.1 กำหนดให้ทุกหน่วยงานมีการปฏิบัติเพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1) การค้นหาความเสี่ยง ให้ทุกหน่วยงาน และทีมนำเฉพาะด้าน ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก โดยใช้แนวคิด High Alert Patient สำหรับกระบวนการดูแลทางคลินิก และ จากการทำ Quality round ENV round และ IC round เป็นประจำสำหรับการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากระบบสนับสนุนต่างๆ

2) การประเมินความเสี่ยงในหน่วยงาน ให้ทุกหน่วยงาน และทีมนำเฉพาะด้าน นำรายการความเสี่ยงที่ค้นพบทั้งหมด มาจัดลำดับ (high risk / high volume) ประเมินความรุนแรง (ระดับ A - I หรือระดับ 1-3) และจัดทำเป็นบัญชีรายการความเสี่ยง (Risk profile) ของหน่วยงาน โดยคำนึงถึงความเกี่ยวข้องด้านกฎหมาย ชื่อเสียงของโรงพยาบาล ทรัพย์สินของโรงพยาบาลเสียหายและเกี่ยวข้องกับชีวิต

3) การจัดการความเสี่ยง ให้ทุกหน่วยงาน และทีมนำเฉพาะด้าน กำหนดมาตรการ หรือแนวทางปฏิบัติ ในการป้องกันความเสี่ยง ตามลำดับความสำคัญ พร้อมทั้งกำหนดวิธีการในการกำกับการปฏิบัติตามมาตรการและผลลัพธ์ รวมทั้งมีปรับปรุงมาตรการให้มีความเหมาะสม

4) การรายงานอุบัติการณ์ เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น เป็นความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ที่ประสบเหตุจะต้องประเมินและจัดการกับปัญหาในขั้นต้น และมีการรายงานอุบัติการณ์ตาม flow รายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (Flow การรายงานอุบัติการณ์ อยู่ในภาคผนวก)

5) การประเมินผล ให้หน่วยงาน และ/หรือ ทีมนำเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการทบทวนอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และแนวทางการแก้ไขเชิงระบบ ดังนี้

5.1) อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางคลินิกระดับ A-D หรือความเสี่ยงทั่วไป ระดับ 1 ให้มีการทบทวนในกรณีที่พบบ่อย หรืออาจส่งผลกระทบต่อที่รุนแรง และส่งผลการทบทวนเข้าสู่โปรแกรมรายงานฯ ของโรงพยาบาล เพื่อให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลพิจารณาในภาพรวมต่อไป

5.2) อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทางคลินิกระดับ E-F หรือความเสี่ยงทั่วไป ระดับ 2 ให้มีการทบทวนโดยหน่วยงาน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และทีมนำเฉพาะด้านตามโปรแกรมความเสี่ยงนั้น ส่งผลการทบทวน พร้อมแนวทางการปรับปรุง / การปรับปรุงที่ได้ดำเนินการไปแล้ว เข้าสู่โปรแกรมรายงาน ฯ ของโรงพยาบาล ภายใน 30 วันหลังเกิดเหตุการณ์ เพื่อให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลพิจารณาต่อไป

5.3) อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทางคลินิกระดับ G-I หรือความเสี่ยงทั่วไป ระดับ-3 ให้มีการทบทวนหาสาเหตุราก (Root Cause Analysis) -ในเบื้องต้นโดยหน่วยงาน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และทีมนำเฉพาะด้านตามโปรแกรมความเสี่ยงนั้น ส่งผลการทบทวน พร้อมแนวทางการปรับปรุง (ถ้ามี) / การปรับปรุงที่ได้ดำเนินการไปแล้ว เข้าสู่โปรแกรมรายงาน ฯ ของโรงพยาบาล ภายใน 30 วันหลังเกิดเหตุการณ์ และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลจะนำผลการทบทวน พร้อมแนวทางการปรับปรุงที่เจ้าของโปรแกรมกำหนดไว้ในเบื้องต้นมาพิจารณาและหาแนวทางช่วยเหลือในเชิงระบบต่อไป

5.4) เหตุการณ์พึงสังวร หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรงมาก (Sentinel event) หรือกรณีควบคุมสถานการณ์ไม่ได้ ให้มีการทบทวนหาสาเหตุราก (Root Cause Analysis) ในเบื้องต้นโดยหน่วยงาน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และทีมนำเฉพาะด้านตามโปรแกรมความเสี่ยงนั้น ส่งผลการทบทวน พร้อมแนวทางการปรับปรุง (ถ้ามี) / การปรับปรุงที่ได้ดำเนินการไปแล้ว เข้าสู่โปรแกรมรายงาน ฯ ของโรงพยาบาล ภายใน 15 วันหลังเกิดเหตุการณ์ และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลจะนำผลการทบทวน พร้อมแนวทางการปรับปรุงที่เจ้าของโปรแกรมกำหนดไว้ในเบื้องต้นมาพิจารณาและหาแนวทางช่วยเหลือในเชิงระบบต่อไป

5.5) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล สรุปรายงาน ประมวลผลในภาพรวม รายงานกลับให้ทุกหน่วยงาน/งาน/ฝ่าย/ภาควิชา ทุก 3 เดือน

3.2 บุคลากรทุกคน มีหน้าที่รายงานความเสี่ยงเพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วยและบุคลากร ไม่ใช่จับผิดหรือกล่าวโทษ

3.3 เมื่อเกิดความเสียหายหรืออุบัติเหตุ/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นถือเป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะแก้ไข ปัญหาเบื้องต้นทันที และบันทึกลงใน Incident Report หน่วยงานนำข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ไปวิเคราะห์ หาสาเหตุรากร่วมกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

3.4 หัวหน้าทุกระดับยึดหลักการที่ว่า อุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รายงาน คือ การรายงาน ระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ที่บุคคลและไม่นำมาโทษตัวบุคคล

#### 4. แนวปฏิบัติ

##### 4.1 บุคลากร

1) ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงและการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

2) เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์/อุบัติเหตุเบื้องต้น ตามแนวทางที่กำหนด

3) บันทึกอุบัติเหตุ และการแก้ไข และรายงานผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด

4) ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำ

5) ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลรายละเอียดต่างๆ เพิ่มเติม และร่วมทำการวิเคราะห์สาเหตุและ วางมาตรการแก้ไขป้องกันร่วมกับผู้บังคับบัญชาตามสายงาน

##### 4.2 หัวหน้าหน่วยงาน

1) แก้ไขปัญหาและจัดการต่อข้อร้องเรียน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรืออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับ ผู้รับบริการในเบื้องต้น

2) ติดตามกำกับดูแลการบริหารงานและบริหารความเสี่ยงประจำวัน และให้มีการรายงานอุบัติเหตุ ในโปรแกรมรายงานอุบัติเหตุ

3) ร่วมทำการวิเคราะห์สาเหตุและแนวทางการแก้ไข ป้องกัน

##### 4.3 ทีมคร่อมสายงาน / ทีมนำด้านต่างๆ ตามโปรแกรมความเสี่ยง

1) ทีมคร่อมสายงาน / ทีมนำด้านต่าง ๆ จัดทำมาตรการป้องกันให้สอดคล้องกับนโยบายบริหาร ความเสี่ยงของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

2) ร่วมจัดการและแก้ไขปัญหาเชิงระบบ ในระบบงานที่เกี่ยวข้อง

##### 4.4 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล

1) กำหนดนโยบาย และวางแผนในการบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล

2) ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะทำงานเฝ้าระวังและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา คณะผู้ประสานงานความปลอดภัย (PSC) คณะกรรมการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยและเครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาล คณะอนุกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ/ภัยพิบัติ และอศศิกภัยโรงพยาบาล คณะอนุกรรมการเครื่องมือแพทย์ คณะกรรมการอาชีวอนามัย และคณะกรรมการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน โดยเน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อนำมาวางแผนป้องกันเชิงระบบ เช่น การ Quality walk round, IC round, ENV round เป็นต้น

3) จัดทำบัญชีความเสี่ยงโรงพยาบาล (Hospital Risk Profile) ตามเข็มมุ่งความเสี่ยงของโรงพยาบาล T-SIMPLE-D และมีการทบทวนนโยบาย แนวปฏิบัติ และบัญชีรายการความเสี่ยง ให้มีความเป็นปัจจุบัน สามารถนำสู่การปฏิบัติได้จริง

4) ออกแบบโปรแกรมรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล ร่วมกับงานเทคโนโลยีสารสนเทศ ให้มีความง่ายในการใช้งาน ครอบคลุมโปรแกรมความเสี่ยงทั้งหมดในโรงพยาบาล และมีการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลอย่างสูงสุด มีความแม่นยำในการประมวลผล เช่น การวิเคราะห์แนวโน้มของอุบัติการณ์ความเสี่ยงสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยงาน ทีมนำทางคลินิก ทีมนำเฉพาะด้าน และผู้บริหารทุกระดับ สามารถนำข้อมูลไปใช้ได้อ้างอิงได้อย่างน่าเชื่อถือ

5) เผยแพร่ ประสาน ขอความร่วมมือในการบริหารความเสี่ยง จากหน่วยงาน ทีมนำทางคลินิก ทีมนำเฉพาะด้าน และ ผู้บริหารทุกระดับ ในรูปแบบต่างๆ เช่น บรรจวาระการบริหารความเสี่ยงเข้าในการประชุมของหน่วยงานหรือทีม

6) จัดลำดับความสำคัญ วิเคราะห์ศึกษาและประเมินผลในประเด็นต่อไปนี้ คือ

- สาเหตุ ปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดความเสียหาย
- ความรุนแรงของความเสียหาย
- ประสิทธิภาพความเหมาะสมของกลยุทธ์ที่ใช้ป้องกันและจัดการเหตุการณ์นั้นๆ
- ความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนกลยุทธ์ใหม่ เพื่อให้ได้ผลที่ดีขึ้นกว่าเดิม

7) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง นำผลที่สรุปแล้ว -ตอบกลับให้หน่วยงานทราบ

8) กรณีความเสียหายที่รุนแรงตามเกณฑ์ที่ระบุ คณะผู้ประสานงานความปลอดภัย (PSC) ดำเนินการแก้ไขปัญหาต่อไป โดยประสานร่วมกับองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

9) ดำเนินการด้านจัดการข้อร้องเรียน ร่วมกับคณะกรรมการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน ในการรับฟังเสียงของผู้รับบริการ (Voice of customer)

10) ประเมิน และติดตามผลการดำเนินการของระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาล ทั้งในส่วนของการรายงานอุบัติการณ์ การทบทวน/RCA

11) ให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาล และสร้างความตื่นตัวทั้งองค์กรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง

## 5. กลุ่มเป้าหมาย / ขอบเขต

บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

## 6. ผู้รับผิดชอบ

- 6.1 ผู้บริหารโรงพยาบาล
- 6.2 ทีมนำทางคลินิก
- 6.3 องค์กรแพทย์
- 6.4 องค์กรพยาบาล

6.5. ทึมนำเฉพาะด้านในระบบสำคัญ โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย ประกอบด้วย คณะอนุกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ/ภัยพิบัติ และอค์คิภัยโรงพยาบาล คณะอนุกรรมการเครื่องมือแพทย์ คณะอนุกรรมการ 5ส. และคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

6.6 งานอาคารและสถานที่

6.7 งานซ่อมบำรุง

## 7. เกณฑ์การชี้วัด

7.1 จำนวนการรายงานอุบัติเหตุการณ์เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอุบัติเหตุการณ์ในระดับเกือบพลาด

7.2 จำนวนอุบัติเหตุการณ์ที่รุนแรงสามารถดักจับได้เพิ่มขึ้น และมีความรุนแรงลดลง

7.3 อุบัติการณ์การเกิดซ้ำด้วยสาเหตุเดิมลดลง

7.4 การติดตามอัตราการการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ พบว่าบุคลากรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่มีการประกาศใช้ ในโรงพยาบาล ได้มากกว่าร้อยละ 80

7.5 การสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร มีแนวโน้มที่ดีขึ้นในแต่ละปี

### แบบบันทึกประวัติการสร้างมาตรฐานเชิงนโยบายและการปรับปรุงแก้ไข เรื่อง “การบริหารความเสี่ยงและการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์”

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มาตรฐานฉบับนี้			เหตุผลในการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงมาตรฐาน						เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ	
มาตรฐานใหม่	ปรับรูปแบบ Re-formatted	ปรับปรุงใหม่ Revised	แก้ไข / เพิ่มเติม ข้อความที่จำเป็น	แก้ไขให้สอดคล้องกับ มาตรฐาน	ปรับเปลี่ยนกฎระเบียบ	มีความเสี่ยง	เป็นความรู้ / วิทยาการใหม่	เพิ่มประสิทธิภาพ	Yes	No
		✓		✓				✓	✓	
การปรับปรุงแก้ไข : มาตรฐานค่านโยบายฉบับนี้ จะปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงแก้ไขทุก 3-5 ปี หรือเมื่อมีความจำเป็น										
วัน / เดือน / ปี ที่สร้างครั้งแรก : ตุลาคม 2544										
วัน / เดือน / ปี ที่ปรับปรุงแก้ไข 1 : ตุลาคม 2549										
วัน / เดือน / ปี ที่ปรับปรุงแก้ไข 2 : มีนาคม 2557										
วัน / เดือน / ปี ที่ปรับปรุงแก้ไข 3 : กันยายน 2559										
วัน / เดือน / ปี ที่เผยแพร่ : ตุลาคม 2559										
File Name : มาตรฐานเชิงนโยบาย										





Flow การรายงานอุบัติการณ์ / เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์/ความเสี่ยง  
 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เกิดอุบัติการณ์ / เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ / พบความเสี่ยง ในหน่วยงาน/งาน/ฝ่าย /PCT

**อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางคลินิกระดับ A-D หรือความเสี่ยงทั่วไป ระดับ 1**

- รายงานในระบบรายงานของหน่วยงาน (กระดาษ/IT) ภายใน 2 สัปดาห์หลังเกิดเหตุการณ์
- รวบรวมข้อมูลลงในโปรแกรมรายงาน ฯ ของโรงพยาบาล ภายใน วันที่ 15 ของเดือนถัดไป
- ส่งผลการทบทวน D-down level review เข้าโปรแกรมรายงานฯ ของโรงพยาบาล (ถ้ามี)
- กรณีความเสี่ยงทั่วไป ที่เสี่ยงต่อการเป็นคดีความ เช่น เหตุทะเลาะวิวาท ทรัพย์สินสูญหาย ให้แจ้งเหตุการณ์ ได้ที่หน่วยรักษาความปลอดภัย โทร 35500 หรือ 38700 ตลอด 24 ชั่วโมง

**อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทางคลินิกระดับ E-F หรือความเสี่ยงทั่วไประดับ 2**

- ให้การช่วยเหลือ แก้ไขทันที
- รายงานต่อผู้บริหารที่รับผิดชอบด้วยวาจาทันที
- รายงานในระบบรายงานของหน่วยงาน (กระดาษ/IT) รวมถึงโปรแกรมรายงานฯ ของโรงพยาบาล ภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุการณ์ และรายงานผลการทบทวน ภายใน 30 วัน

**อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทางคลินิกระดับ G-I หรือความเสี่ยงทั่วไป ระดับ 3**

ให้การช่วยเหลือ แก้ไขทันที

- รายงานต่อผู้บริหารที่รับผิดชอบด้วยวาจาทันที
- รายงานในระบบรายงานของหน่วยงาน (กระดาษ/IT) รวมถึงโปรแกรมรายงานฯ ของโรงพยาบาล ภายใน 24 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุการณ์
- ส่งผลการทบทวน/RCA ในโปรแกรมรายงานฯ ของโรงพยาบาลภายใน 30 วัน

**เหตุการณ์พึงสังวร/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรงมาก (Sentinel event) และหรือกรณีควบคุมสลิวนกผลไม่ได้**

- ให้การช่วยเหลือ แก้ไขทันที
- รายงานต่อผู้บริหารที่รับผิดชอบด้วยวาจาทันที
- ทบทวนรายงานให้ผู้จัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลและประธานกรรมการ เจริญด้วยสนธิวิธี ทันที (เช่น สี่ low การบริหารจัดการด้วยสนธิวิธี)
- รายงานในระบบรายงานของหน่วยงาน (กระดาษ/IT) รวมถึงโปรแกรมรายงานฯ ของโรงพยาบาล ภายใน 24 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุการณ์
- ส่งผลการทบทวน/RCA ในโปรแกรมรายงานฯ ของโรงพยาบาล ภายใน 15 วัน หลังเกิดเหตุการณ์

โปรแกรมรายงานอุบัติการณ์ / เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ / ความเสี่ยง ของโรงพยาบาล

**คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล**

- ติดตาม compliance และการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
- ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น PCT ภาควิชาฯ และติดตามผลการทบทวน/RCA ในอุบัติการณ์ระดับ G-H-I และอุบัติการณ์รุนแรงมาก/เหตุการณ์พึงสังวร (Sentinel event)
- สรุปรวบรวมประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ แนวโน้มความเสี่ยงภาพรวมของโรงพยาบาล และแนวทางการบริหารจัดการการป้องกันความเสี่ยงเชิงระบบ
- สื่อสารนโยบาย แนวทางป้องกัน/แก้ไข ให้แก่บุคลากร หน่วยงาน และ PCT

## ภาคผนวก

## 1. การจัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## 1.1 ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) แบ่งเป็น A - I

ระดับ	ผลกระทบ / อุบัติการณ์	ความหมาย
A	เหตุการณ์ที่มีโอกาสผิดพลาด	เสี่ยงแต่ยังไม่เกิด
B	ความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วยและ/หรือบุคลากร	เกิดแต่ยังไม่ถึง
C	ความผิดพลาดเกิดขึ้นถึงตัวผู้ป่วยแต่ไม่ถึงอันตราย	ถึงแต่ไม่เป็นไร
D	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ	ต้องเฝ้าระวังไว้
E	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและเกิดอันตรายชั่วคราวแก่ผู้ป่วยและต้องให้การรักษามากขึ้น	ต้องให้การรักษา
F	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น	ต้องเสียเวลานานอนาน
G	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร	ต้องพิการถาวร
H	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยชีวิต	ชะลอก่อนไม่ให้ตาย
I	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต	สุดท้ายจำใจลา

## 1.2 ความเสี่ยงทั่วไป (Non-Clinical Risk) แบ่งเป็น 3 ระดับ

ระดับ	ความรุนแรง	ผลกระทบ / อุบัติการณ์
ระดับ 1	น้อย	อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นแต่ยังไม่ีผลกระทบต่อหรือความเสียหายถึงผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่ เช่น กิ่งไม้ตกใส่หลังคาซาร์ต ต้องซ่อมแซมแต่ไม่มีผู้บาดเจ็บ
ระดับ 2	ปานกลาง	อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อหรือความเสียหายถึงผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่แต่ไม่ถูกฟ้องร้อง เช่น กิ่งไม้ตกทับรถมอเตอร์ไซด์ ผ้าผาถูกอุปกรณ์ซาร์ตต้องซ่อมแซม ไฟฟ้าลัดวงจรทำให้เครื่องมือซาร์ต พื้นลื่นทำให้หกล้มแต่ไม่ได้รับอันตราย
ระดับ 3	มาก	อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อหรือความเสียหายถึงผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่ มีโอกาสถูกฟ้องร้อง / ดำเนินคดี หรือได้รับบาดเจ็บพิการถาวรหรือเสียชีวิต เช่น รถ refer เกิดอุบัติเหตุขณะส่งผู้ป่วย มีผู้ได้รับบาดเจ็บสาหัสถูกตัดขา ไฟฟ้าลัดวงจรทำให้เกิดเพลิงไหม้เสียหาย

2. การปฏิบัติเพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยงทั่วไป: ระบบสนับสนุนบริการในโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความปลอดภัย ระบบสาธารณูปโภค และข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

### 2.1 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพในโรงพยาบาล

1. กำหนดผู้รับผิดชอบในส่วนของการดำเนินการตรวจสอบโครงสร้างอาคาร ภายในโรงพยาบาล ทุกปี (ตรวจสอบเสร็จสิ้น ภายในเดือนกันยายนของทุกปี)
2. มีการวางระบบในการออกแบบ และการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยภายในอาคาร ให้มีความปลอดภัย สะดวก ทั้งแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ
3. มีการกำหนดพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัย ออกเป็น 3 ระดับ คือ พื้นที่ที่ต้องใช้มาตรการรักษาความปลอดภัยทั่วไป มาตรการรักษาความปลอดภัยกลาง และระดับสูง และมีข้อกำหนดในการรักษาความปลอดภัย ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงดังกล่าว
4. กำหนดทีมงานอาคารและสถานที่ ร่วมกับคณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยและเครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาล สำรวจพื้นที่เสี่ยงต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัย (ENV round) เดือนละ 1 ครั้ง

การกำหนดพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยด้านสวัสดิภาพและทรัพย์สิน		
พื้นที่ที่ต้องใช้มาตรการรักษาความปลอดภัยทั่วไป	พื้นที่ที่ต้องใช้มาตรการรักษาความปลอดภัยระดับกลาง	พื้นที่ที่ต้องใช้มาตรการรักษาความปลอดภัยระดับสูง
พื้นที่ให้บริการมีการกำหนดให้พนักงานรักษาความปลอดภัยเดินตรวจตรา/สังเกตการณ์เป็นระยะ และให้บุคลากรในพื้นที่นั้นๆ สังเกตสิ่งผิดปกติ/บุคคลที่มีพฤติกรรมต้องสงสัย	พื้นที่ที่ต้องมีการปิดล็อก เมื่อไม่มีบุคคลอยู่ในพื้นที่ หรือไม่มีการใช้งาน และกำหนดให้มีการเดินตรวจตราโดยพนักงานรักษาความปลอดภัยทุก 3 ชั่วโมง	พื้นที่ที่ต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ติดตั้งระบบ Access Control หรือ Alarm หรือติดตั้งกล้องวงจรปิดเพื่อเฝ้าระวังการเข้า-ออกตลอด 24 ชั่วโมง
พื้นที่ทั่วไป ในโรงพยาบาล ทั้งส่วนภายใน และภายนอกอาคาร	-พื้นที่คลินิกต่างๆ -ประตูทางเข้า - ออก หอผู้ป่วยใน -ห้องพักผู้ป่วย -พื้นที่สำนักงาน ห้องเก็บของต่างๆ -ตามมุม/ทางเชื่อมของอาคาร -ห้องควบคุมไฟฟ้าห้อง Control Air Medical Gas Plant Water Treatment Boiler Room Control Pump Power Plant ห้อง Control Lift	-ห้องผ่าตัด ห้องคลอด แผนกทารกแรกเกิด แผนก ICUแผนกเอกเรย์ -สำนักงานผู้อำนวยการ -ห้อง Server ของฝ่ายสารสนเทศ -ห้องเก็บแฟ้มเวชระเบียน -ห้อง CCTV -แผนกการเงินผู้ป่วย -ห้องพัสดุทั่วไป -ห้องพัสดุยา / เวชภัณฑ์ ห้องจัดยา ห้องเตรียมยาเคมีบำบัด

## 2.2 การจัดการวัสดุและของเสียอันตราย

1. กำหนดประเภทขยะ และวัสดุของเสียอันตรายในโรงพยาบาล ในโรงพยาบาล ให้ 8 ประเภท ได้แก่ 1) ขยะทั่วไป 2) ขยะติดเชื้อ 3) เข็มและของมีคม 4) ขยะยา 5) ของเสียสารเคมีในห้องปฏิบัติการ 6) ขยะเครื่องมือแพทย์ที่มีปริมาณโลหะหนักสูง 7) ขยะรังสี และ 8) ขยะรีไซเคิล
2. กำหนดการจัดเก็บ และภาชนะรองรับตามประเภทของขยะ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน
3. กำหนดขั้นตอนการขนย้าย การกำจัด และการจัดการขยะแต่ละประเภทไว้อย่างชัดเจน
4. ในกรณีที่มีการหก รั่วไหล การสัมผัสวัสดุของเสียอันตราย ต้องมีการใช้อุปกรณ์ป้องกัน และการปฏิบัติที่เหมาะสม และมีการรายงานเหตุการณ์ในโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล
5. ในกรณีที่มีการได้รับบาดเจ็บจากเข็มและของมีคม มีแนวปฏิบัติที่เหมาะสม และมีการรายงานเหตุการณ์ในโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล

### การจัดการขยะแต่ละประเภท

ประเภท	ภาชนะรองรับ	การกำจัด
1. ขยะทั่วไป	ถุงสีดำในถังสีน้ำเงิน	เทศบาลมารับไปกำจัด
2. ขยะติดเชื้อ	ถุงสีแดงในถังสีแดง	เผาที่เตาเผาของคณะฯ
3. เข็มและของมีคม	กระป๋องพลาสติกสีแดง	เผาที่เตาเผาของคณะฯ
4. ยา	- ถุงแดง - ถุงเทา - ถุงม่วง	- เเผาที่เตาเผาของคณะฯ - จ้างบริษัทรับกำจัดสารเคมี - ส่งจำกัดโดยบริษัทผู้จำหน่าย
5. สารเคมีในห้องปฏิบัติการ	- ขวดแก้ว - ภาชนะพลาสติกประเภทพอลิเอทิลีนที่มีค่าความหนาแน่นสูง (HDPE: High Density Polyethylene)	- เจือจางและทิ้งลงระบบบำบัดน้ำเสีย - จ้างบริษัทรับกำจัดสารเคมี - เข้าโครงการ CMU Waste Track
6. เครื่องมือแพทย์ที่มีปริมาณโลหะหนักสูง	- อื่นๆ ที่มีป้ายบ่งบอกชัดเจน	- เทศบาลรับไปกำจัด - จ้างบริษัทรีไซเคิลปรอทและอะมีนัลกัม - ส่งจำกัดโดยบริษัทผู้จำหน่าย
5. ขยะรังสี	ถุงเหลืองในถังตะกั่วกันรังสี	สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติรับไปกำจัด
6. ขยะรีไซเคิล	ถุงสีเขียว	ขายให้แก่เทศบาล

ที่มา: กองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
กระทรวงสาธารณสุข

### 2.3 การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และการจัดการเพื่อความปลอดภัยจากอัคคีภัย

1. แต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ/ภัยพิบัติ และอัคคีภัยโรงพยาบาล เพื่อรับผิดชอบดูแล บริหารจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือภัยพิบัติขึ้น ในโรงพยาบาล หรือบริเวณใกล้เคียง
2. วิเคราะห์โอกาสเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือภัยพิบัติที่เป็นไปได้ และมีผลกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาล เช่น เหตุแผ่นดินไหว ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลใช้การไม่ได้ โรคระบาด อุบัติเหตุหมู่ เป็นต้น รวมถึงการกำหนดพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย
3. จัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน และการเตรียมความพร้อมที่ครอบคลุมโอกาสเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือภัยพิบัติที่เป็นไปได้
4. มีการวางระบบและมีการมอบหมายหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในการดูแลความพร้อมใช้ การสำรวจ ตรวจสอบ การดูแลรักษา การแจ้งข่าว และ การตรวจสอบซ้ำ ของอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับอัคคีภัย เช่น ถังดับเพลิง อุปกรณ์ตรวจจับควัน อุปกรณ์ตรวจจับความร้อน อุปกรณ์แจ้งเหตุ ชุดควบคุมระบบเตือนภัย ศูนย์ควบคุม ศูนย์รับแจ้งเหตุ ระบบส่งน้ำดับเพลิง เครื่องสูบลม ท่อส่งน้ำ สายฉีดน้ำดับเพลิง sprinkle บ้ายทางออก แผนผังทางออก แสงสว่างฉุกเฉิน ทางหนีไฟ และจุดรวมพล
5. การฝึกซ้อมแผนอุบัติเหตุ/ภัยพิบัติ และอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ เป็นประจำทุกปี และการให้ความรู้ การฝึกซ้อมแผนอุบัติเหตุ/ภัยพิบัติ และอัคคีภัย ให้แก่บุคลากรใหม่

การกำหนดพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย ในโรงพยาบาล		
พื้นที่ซึ่งมีสภาพเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยอย่างเบา	พื้นที่ซึ่งมีสภาพเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยอย่างปานกลาง	พื้นที่ซึ่งมีสภาพเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยอย่างร้ายแรง
สถานที่ที่มีวัตถุซึ่งไม่ติดไฟเป็นส่วนใหญ่ หรือ มีวัตถุติดไฟได้ในปริมาณน้อย หรือ มีวัตถุไวไฟในปริมาณน้อยที่เก็บไว้ในภาชนะปิดสนิทอย่างปลอดภัย	สถานที่ที่มีวัตถุไวไฟ หรือ วัตถุติดไฟได้ และมีปริมาณไม่มาก	สถานที่ที่มีวัตถุไวไฟ หรือ วัตถุติดไฟได้ง่าย และมีปริมาณมาก
-หน่วยงาน Back office ในโรงพยาบาล เช่น งานพัฒนาคุณภาพ งานบริหารโรงพยาบาล งานประชาสัมพันธ์ เป็นต้น	-หน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีการเก็บสำรอง วัตถุไวไฟ เช่น แอลกอฮอล์ สารเคมี มีการใช้ออกซิเจน เช่น คลังยาเวชภัณฑ์ หอผู้ป่วยหนัก ห้องผ่าตัด ห้องปฏิบัติการชันสูตร หน่วยงานพาหนะ เป็นต้น	-หน่วยงานในโรงพยาบาล ที่รับผิดชอบดูแลเกี่ยวกับระบบไฟฟ้า ห้องควบคุมเครื่องกำเนิดไฟฟ้า ระบบจ่ายก๊าซออกซิเจนในโรงพยาบาล เช่น งานซ่อมบำรุงงานบริการกลางโรงพยาบาล งานโภชนาการ และร้านค้าที่มีการปรุงอาหารเพื่อจำหน่ายในโรงพยาบาล

## 2.4 การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในพื้นที่เสี่ยงต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1. มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม
  2. มีการกำหนดแนวทางในการบำรุงรักษาและทำความสะอาดสถานที่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค
  3. มีระบบการตรวจสอบโอกาสที่จะมีการแพร่กระจายเชื้อในระบบระบายอากาศ
  4. มีระบบการตรวจสอบน้ำที่ใช้ในการฟอกไต ตามมาตรฐานของสมาคมโรคไต
  5. มีการกำหนดให้มีการแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน
- มีการกำหนดพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ พื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่ำ พื้นที่ที่มีความเสี่ยงปานกลาง พื้นที่ที่มีความเสี่ยงมาก และพื้นที่ที่มีความเสี่ยงมากที่สุด
6. กำหนดให้มีการสำรวจพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และคณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยและเครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาล (IC Round) และการมีสำรวจซ้ำ ทุก 6 เดือน

Low risk	Medium risk	High risk	Highest risk
-Office areas	-Cardiology -Echocardiography -Endoscopy -Nuclear medicine -Physical therapy -Radiology/MRI -Respiratory therapy	-CCU -ER -Labor room -Laboratory -New born nursery -Out patient surgery -Pediatrics -Post anesthesia care unit -Surgical unit	-Burn unit -Cardiac cath lab -ICU -CSSD, หน่วยซักฟอก -Negative pressure isolation room -Oncology ward -ทันตกรรม -ห้องยา (คลังยา ผลิตยาจ่ายยา) -ห้องผสมนม -โภชนาการ ICN ติดตามระบบน้ำและอากาศ ในหน่วยงาน (Recommendation) -Hemodialysis unit -Immunocompromised patient care areas (พิเศษ 7 BMT และ ICUS) -OR โดยเฉพาะห้อง organ transplant และ Orthopedics

## 2.5 เครื่องมือแพทย์

1. แต่งตั้งคณะกรรมการเครื่องมือแพทย์ ในการทำหน้าที่การคัดเลือก การจัดหา การจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วย ให้เพียงพอ และเหมาะสม
2. วางระบบในการบันทึกประวัติของเครื่องมือแพทย์ที่มีอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อสามารถตรวจสอบการใช้งาน การวางแผนในการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน การทดสอบและการสอบเทียบเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์
3. มีแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับเครื่องมือ และการจัดระบบสำรองเครื่องมือ
4. มีการฝึกอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรผู้ใช้ ตามความจำเป็นสำหรับเครื่องมือแต่ละประเภท

## 2.6 ระบบสาธารณูปโภค

1. มีการจัดบริการสาธารณูปโภคที่สำคัญและจำเป็นในโรงพยาบาล มีการจัดระบบการทำงาน และมอบหมายผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบในแต่ละระบบอย่างชัดเจน ประกอบด้วย
  - ระบบไฟฟ้า และระบบไฟฟ้าสำรอง
  - น้ำสะอาดสำหรับอุปโภค บริโภค น้ำประปา บ่อผลิตน้ำบาดาล ระบบน้ำในท้องผ่าตัด คุณภาพน้ำที่ใช้ในการฟอกไต คุณภาพของน้ำในระบบหล่อเย็น (Cooling tower)
  - ระบบสำรองแก๊สทางการแพทย์ และระบบ Pipeline
  - ระบบระบายอากาศ เครื่องปรับอากาศ
  - ระบบลิฟต์ และบันไดเลื่อน
  - ระบบโทรศัพท์
2. จัดทำแผนสำรอง ในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน ไฟฟ้าดับ โรงพยาบาลมีเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง 10 เครื่อง ซึ่งระบบไฟฟ้าสำรองจะทำงานทันที ภายใน เวลา--วินาที และสามารถสำรองไฟฟ้าได้นาน 48 ชั่วโมง
3. โรงพยาบาลสามารถผลิตน้ำประปาไว้ใช้ในโรงพยาบาล และมีการจัดทำแผนสำรอง ในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน โดยมีระบบน้ำประปาสำรองในโรงพยาบาล
4. มีระบบตรวจสอบ และการเฝ้าระวังด้านบริการสาธารณูปโภค เช่น การตรวจคุณภาพน้ำดื่ม น้ำใช้ ทุกเดือน และมีระบบการรายงานทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติ

## 2.7 การสร้างเสริมสุขภาพ

1. แต่งตั้งคณะกรรมการด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล และจัดตั้งหน่วยสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีหน้าที่ในการมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพของบุคลากร มีความปลอดภัยในการทำงาน และมีการดูแลสุขภาพของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ
2. มีการตรวจสอบสภาพสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน เป็นประจำทุกปี เช่น การวัดระดับเสียงดัง การวัดปริมาณแสงในห้องทำงาน และปัจจัยด้านการยศาสตร์
3. มีนโยบายในการจัดทำ Healing environment สำหรับผู้ป่วยและญาติ

## 2.8 การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

1. โรงพยาบาลมีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ ที่ใช้ร่วมกันในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. มีการตรวจสอบคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ทุกเดือน และมีระบบการรายงานทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติ
3. มีการกำหนดประเภทขยะ การกำจัดขยะที่ถูกวิธี ตามแนวทางการจัดการขยะ วัสดุและของเสียอันตรายในโรงพยาบาล

## 2.9 การจัดการข้อร้องเรียน

1. แต่งตั้งคณะกรรมการด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานของโรงพยาบาล มีหน้าที่ในการรับฟังและเรียนรู้จากผู้รับบริการ/ผู้รับผลงาน จัดการบริหารเรื่องร้องเรียนและข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ เพื่อการตอบสนองอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งการปรับปรุงระบบและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
2. จัดช่องทางในการรับข้อร้องเรียน และข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ เช่น ตู้รับข้อร้องเรียน ตามจุดให้บริการต่างๆ ในโรงพยาบาล โทรศัพท์ เว็บไซต์ และการจัดตั้งศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์และสันติเจรจา เพื่อรับฟังเสียงของผู้รับบริการ (Voice of customer)
3. กำหนดแนวทางในการบริหารจัดการข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ ตามระดับความรุนแรง/เร่งด่วน และแนวทางการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง
4. การรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์แนวโน้ม และนำสู่การวางแผนเพื่อพัฒนาระบบการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลต่อไป