









มาตรฐานเชิงนโยบาย
การบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ้างถึง GEN มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร	รหัสเอกสาร : นย.....07...../2557	หน้า 1-5
<p>ผู้เขียน / เรียบเรียง</p> <p>1. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาโรงพยาบาล (ตุลาคม/2553)</p> <p>ผู้เสนอ  (ตุลาคม/2553) (อ.นพ.วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข)</p> <p>ผู้รับรอง  (ตุลาคม/2553) (อ.นพ.วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข: QMR)</p> <p>ผู้อนุมัติ  (ตุลาคม/2553) (รศ.นพ.วัฒนา นาวาเจริญ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)</p> <p>ผู้อนุมัติ  (ตุลาคม/2553) (รศ.นพ.นิเวศน์ นันทจิต : คณบดีคณะแพทยศาสตร์)</p>	<p>ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 2 / 2557</p> <p>ผู้เขียน / เรียบเรียง</p> <p>1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล (เมษายน/2557)</p> <p>ผู้เสนอ  (1/เมษายน/2557) (ผศ.นพ.สิทธิชา สิริอารีย์: ผู้จัดการความเสี่ยงโรงพยาบาล)</p> <p>ผู้รับรอง  (1/เมษายน/2557) (ผศ.นพ.สิทธิชา สิริอารีย์ : QMR)</p> <p>ผู้อนุมัติ  (1/เมษายน/2557) (รศ.นพ.สมศักดิ์ เชาววิศิษฐ์เสรี : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)</p> <p>ผู้อนุมัติ  (2/เมษายน/2557) (รศ.นพ.วัฒนา นาวาเจริญ : คณบดีคณะแพทยศาสตร์)</p>	

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อให้ผู้ป่วย บุคลากร ผู้มาเยือน ปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงทุกประเภทที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล
- 1.2 เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการความเสี่ยงทุกประเภทที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลและการรายงานอุบัติการณ์

2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง “โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์” สิ่งที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลอาจมีลักษณะดังต่อไปนี้

- 1) การถูกทำร้ายหรือการบาดเจ็บ ซึ่งรวมความถึงการทำร้ายจิตใจ ความเจ็บป่วย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ การถูกกลั่นแกล้ง การรบกวน
- 2) เหตุร้าย ภัยอันตราย ภาวะยากลำบาก
- 3) การคุกคาม ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง
- 4) ความไม่แน่นอน สิ่งที่กำลังจะมาถึง น่าสงสัย คาดการณ์ไม่ได้ ทำนายไม่ได้ ไม่แน่ใจ
- 5) การถูกเปิดเผยซึ่งรวมความทั้งการเปิดเผยทางกายภาพ การเปิดเผยความลับ และการแปลความที่ผิดพลาด

ความเสี่ยง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk) คือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นกับผู้ป่วย อันมีเหตุเกิดจากกระบวนการให้บริการ กิจกรรมการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาล โดยแบ่งเป็น ความเสี่ยงทั่วไปทางคลินิก (Common clinical risk) และความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific clinical risk)

2) ความเสี่ยงทั่วไป (General risk) คือความเสี่ยงที่ไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษา ได้แก่ ความเสี่ยงเกี่ยวกับโครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย เครื่องมือ ข้อร้องเรียน อาชีวอนามัย และระบบสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล

2.2 บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นซึ่งโรงพยาบาล / หน่วยงานได้รวบรวมจัดทำขึ้น โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ การสำรวจภายในหน่วยงานเพื่อเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวังโดยรวบรวมจากทุกหน่วยงาน เพื่อให้เป็นระดับโรงพยาบาล

2.3 อุบัติการณ์ หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนอกเหนือความคาดหมายจากการทำงานตามปกติ ที่อาจกระทบกับชื่อเสียงโรงพยาบาล ทรัพย์สินโรงพยาบาล และมีผลกระทบต่อผู้ป่วยตั้งแต่ระดับ A ถึง I

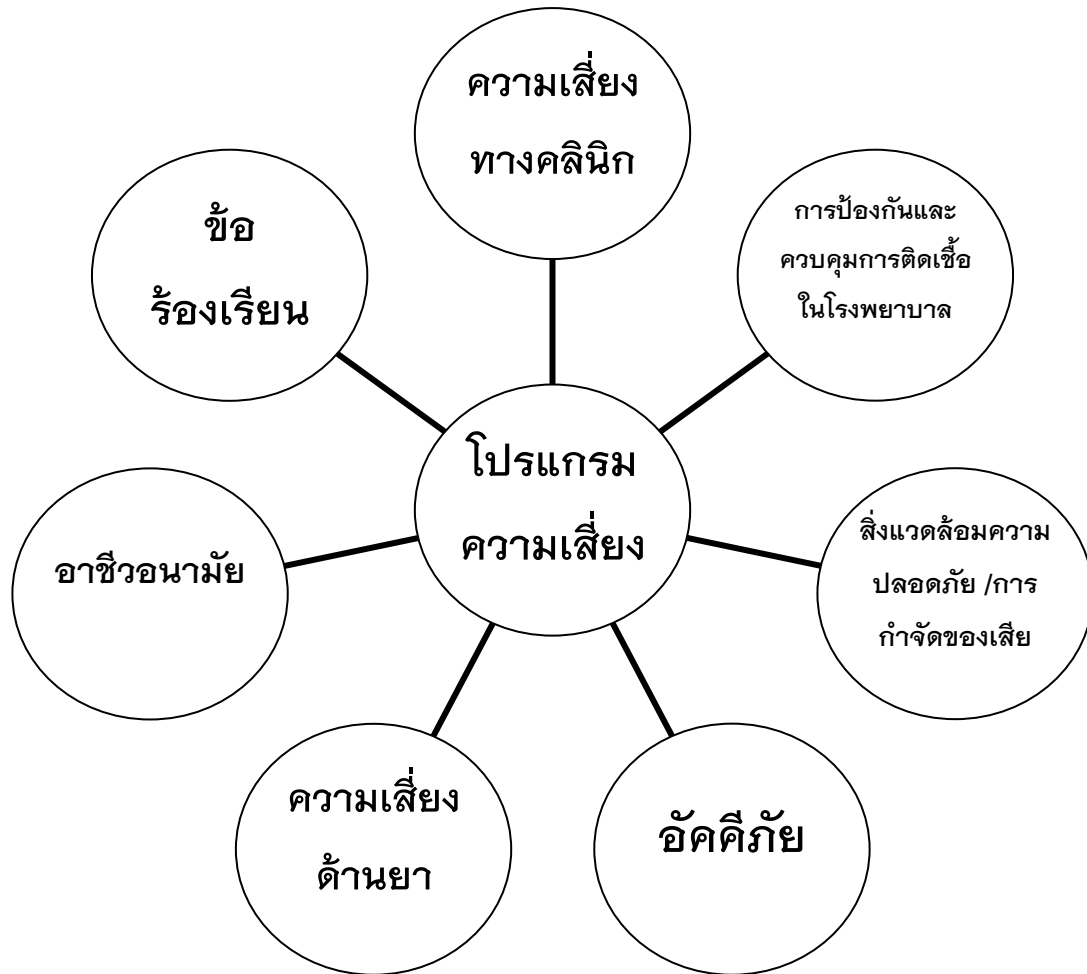
2.4 ระดับความรุนแรง (index for categorizing error) : ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยกำหนดไว้ตั้งแต่ระดับ A ถึง I ตาม The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention : NCC MER และระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทั่วไป แบ่งเป็นระดับความรุนแรงตามผลกระทบของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น คือระดับ 1-3 (ดังภาคผนวก)

2.5 เหตุการณ์เกือบพลาด (Near miss event) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ซึ่งเกือบจะเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่ยังไม่เกิดขึ้นเพราะสามารถแก้ไขสถานการณ์ได้ทันเวลา หรือด้วยความบังเอิญ

2.6 อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) หมายถึง การบาดเจ็บอันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการดูแลรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น หรืออวัยวะในร่างกายต้องสูญเสียการทำงานที่

2.7 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง / เหตุการณ์พินิจสังวร (Sentinel event) หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่อยู่ในระดับรุนแรงเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต หรือเกิดอันตรายรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องมีการสืบสวนและตอบสนองทันที คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้กำหนดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง คือ เหตุการณ์ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป

2.8 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System) หมายถึง การประสาน กิจกรรมบริหารความเสี่ยงเพื่อให้มีผู้ที่เกี่ยวข้องกำลังเกิดความเสี่ยงอะไรขึ้น โรงพยาบาลกำลังเผชิญ กับความเสี่ยงอะไร กิจกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้ผลเพียงใด โดยกิจกรรม บริหารความเสี่ยง ดังกล่าว ได้กำหนดให้เป็นโปรแกรมความเสี่ยง



3. นโยบายการปฏิบัติ

3.1 หน่วยงานจัดตั้งคณะทำงานในหน่วยงาน

1) **ค้นหาความเสี่ยง** ให้ทุกหน่วยงาน ค้นหาความเสี่ยงจากความผิดพลาด โดยพิจารณาจากการรายงาน

2) **ประเมินความเสี่ยงในหน่วยงาน** โอกาสที่จะเกิดขึ้น ความสูญเสีย ทำบัญชีรายการ ความเสี่ยง (Risk profile) ที่ค้นพบทั้งหมด จัดลำดับและประเมินความรุนแรงของความเสี่ยง โดยคำนึงถึงความเกี่ยวข้องด้านกฎหมาย ชื่อเสียงของโรงพยาบาล ทรัพย์สินของโรงพยาบาลเสียหายและเกี่ยวข้องกับชีวิต

3) **การจัดการความเสี่ยง** ให้มีมาตรการ หรือแนวทางปฏิบัติ ในการป้องกันความเสี่ยง ตามความสำคัญของแต่ละหน่วยงาน โดยใช้กลยุทธ์มาพิจารณาและวางมาตรการในการควบคุมป้องกันที่เหมาะสม เช่น

- การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk Avoidance)
- การฟ้องถ่ายความเสี่ยง (Risk Transfer)
- การป้องกันความเสี่ยง (Risk Prevention)
- การลดความสูญเสีย (Loss Reduction)
- การแบ่งแยกความเสี่ยง (Risk Segregation)

กรณีที่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น เป็นความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ที่ประสบเหตุ จะต้องประเมินและจัดการกับปัญหา ในขั้นต้น

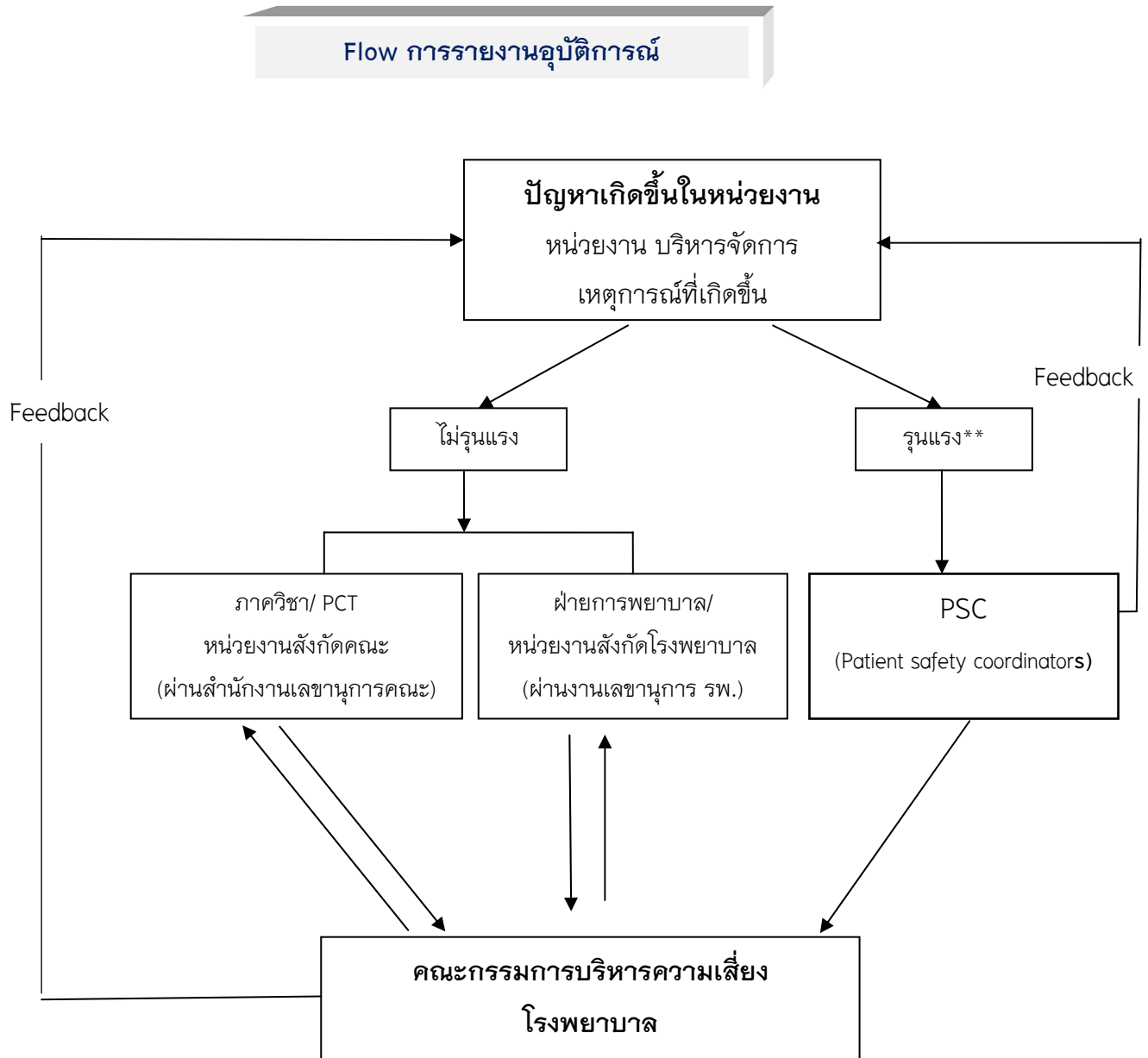
4) รายงานอุบัติการณ์

1. เมื่อประเมินและจัดการแก้ไขในกรณีที่ควบคุมสถานการณ์ได้และไม่รุนแรง ให้รายงานผู้บังคับบัญชา พร้อมเขียนรายงานอุบัติการณ์ (Incident report) โดยเก็บสำเนาไว้ 1 ชุด หน่วยงานส่งรายงานอุบัติการณ์ตามสายงานถึงคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

2. ถ้าควบคุมสถานการณ์ได้แต่เป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง หรืออาจส่งผลเสียหายเร่งด่วน ให้รายงานตามขั้นตอน โดยด่วนตามขั้นตอนแล้ว รีบขอความช่วยเหลือโดยด่วนที่ประธานกรรมการบริหารความเสี่ยงโดยวาทันทีเพื่อการแก้ไข และส่งรายงานอุบัติการณ์ตามสายงานถึงคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

3. ถ้าควบคุมสถานการณ์ไม่ได้ หรือเหตุการณ์นั้น รุนแรงมาก ให้ผู้ประสบเหตุการณ์หรือหัวหน้าหน่วยงานแจ้งประธานกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อให้รีบดำเนินการต่ออย่างเหมาะสมและพร้อมส่งรายงานอุบัติการณ์

4. ถ้าเหตุการณ์ในข้อ 3 เป็นเรื่องที่กระทบต่อชีวิต และความปลอดภัย เลี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง เรียกค่าเสียหาย ต่อชื่อเสียง หรือทรัพย์สินของโรงพยาบาล ให้รายงานคณะผู้ประสานงานความปลอดภัย (Patient Safety Coordinator – PSC) ทันที พร้อมส่งรายงานอุบัติการณ์



หมายเหตุ

** PSC หมายถึง Patient safety coordinators ประกอบด้วย

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. ผู้จัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

ในกรณีอุบัติการณ์เกี่ยวข้องกับแพทย์ผู้รักษา องค์การแพทย์จะเป็นผู้ประสานงานร่วมกับ คณะกรรมการ PSC

ขั้นตอนการรายงาน PSC

1. รายงานด้วยวาจาทันทีหลังเกิดเหตุการณ์และจัดการในเบื้องต้น
2. ประสานงานผู้เกี่ยวข้อง เช่น หัวหน้าภาควิชา หัวหน้าหน่วย ผู้ตรวจการหรือหัวหน้างาน เป็นต้น
3. ส่งรายงานภายใน 24 ชั่วโมง

ช่องทางการรายงาน

1. หน่วยงานที่สังกัดโรงพยาบาล ให้รายงานถึงผู้อำนวยการโดยผ่านตามสายการบังคับบัญชาและงานเลขานุการโรงพยาบาล
2. ภาควิชาและหน่วยงานที่สังกัดคณะ ให้รายงานถึงคณบดี โดยผ่านตามสายการบังคับบัญชาและสำนักงานเลขานุการคณะแพทยศาสตร์

ลักษณะของอุบัติการณ์ (Sentinel event) ที่ต้องรายงาน ให้ PSC รับทราบทุกกรณี

1. การฆ่าตัวตาย
2. การลักพาทารก
3. อุบัติเหตุหมู่ ตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ และอุบัติการณ์ที่ผลของความรุนแรงอยู่ในระดับ E ขึ้นไป ดังในตารางกำหนดเกณฑ์ของ The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention: NCC MER

อุบัติการณ์ตามระดับความรุนแรง หรือใช้ดุลยพินิจพิจารณาร่วมกับเกณฑ์ ดังนี้

1. เรื่องที่ส่งผลเสียรุนแรงต่อชีวิตและความปลอดภัยของผู้รับบริการ/บุคลากร
2. เรื่องที่บุคลากรหรือโรงพยาบาลเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายหรือให้ดำเนินคดี
3. เรื่องที่ส่งผลเสียต่อทรัพย์สิน/ชื่อเสียงของโรงพยาบาล

หากเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งให้รายงานเข้า PSC ตัวอย่างของอุบัติการณ์ เช่น ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) หรือการให้สารน้ำหรือเลือดผิด, การ Identify ผู้ป่วยผิดเช่น ผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดข้าง ผิดประเภท, ของค้างในร่างกาย, การประทุษร้าย และอุบัติการณ์ร้ายแรงหรือเหตุการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่มีความรุนแรงสูงอื่น ๆ

3.2 การจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

1) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประสานกับคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่คณะทำงานเฝ้าระวังและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา คณะผู้ประสานงานความปลอดภัย (PSC) คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะกรรมการดูแลเรื่องการทำจัดขยะ คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมความปลอดภัย / อัคคีภัย และคณะกรรมการอาชีวอนามัย

2) จัดทำบัญชีความเสี่ยงโรงพยาบาล (Hospital Risk Profile) ที่เป็นแบบฟอร์ม รายงานเหตุการณ์สำคัญเพื่อให้หน่วยงานใช้เป็นแนวทางในการรายงานความเสี่ยง แบ่งเป็น ความเสี่ยงทางคลินิก และความเสี่ยงในหน่วยงานสนับสนุน (Back Office)

3) กำหนดแบบและแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ ตาม Flow หน้า 5

4) เผยแพร่ ประสาน ขอความร่วมมือ หน่วยงาน และทีมดูแลผู้ป่วย โดยการบริหาร ความเสี่ยงเช่น บรรจวาระการบริหารความเสี่ยงเข้าในการประชุมของหน่วยงานหรือทีม

5) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง นำความเสี่ยงจากรายงาน ฯ มาจัดลำดับ ความสำคัญ วิเคราะห์ศึกษาและประเมินผลในประเด็นต่อไปนี้คือ

- สาเหตุ ปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดความเสียหาย
- ความรุนแรงของความเสียหาย
- ประสิทธิภาพความเหมาะสมของกลยุทธ์ที่ใช้ป้องกันและจัดการเหตุการณ์นั้นๆ
- ความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนกลยุทธ์ใหม่ เพื่อให้ได้ผลที่ดีขึ้นกว่าเดิม

6) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง นำผลที่สรุปแล้ว ตอบกลับให้หน่วยงานทราบ พร้อมคำแนะนำ (ถ้ามี)

7) กรณีความเสียหายที่รุนแรงตามเกณฑ์ที่ระบุ คณะผู้ประสานงานความปลอดภัย (PSC) ดำเนินการแก้ไขปัญหาต่อไป โดยประสานร่วมกับองค์กรแพทย์

8) ดำเนินการด้านจัดการข้อร้องเรียน

9) คณะกรรมการ ฯ ประเมิน และติดตามผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์

4. กลุ่มเป้าหมาย / ขอบเขต

บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

5. ผู้รับผิดชอบ

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล
2. กรรมการระบบสำคัญ
3. องค์กรแพทย์
4. องค์กรพยาบาล

6. เกณฑ์การชี้วัด

1. อัตราการเกิดอุบัติการณ์
2. อัตราการปฏิบัติตามแนวทาง

ภาคผนวก

การจัดระดับความรุนแรงของความเสียหายของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

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

2. ความเสี่ยงทั่วไป (Non Clinic Risk) แบ่งเป็น 3 ระดับ

ระดับ	ความรุนแรง	ผลกระทบ / อุบัติการณ์
ระดับ 1	น้อย	อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ยังไม่ีผลกระทบหรือความเสียหายถึงผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่ เช่น กิ่งไม้ตกใส่หลังคาชำรุด ต้องซ่อมแซมแต่ไม่มีผู้บาดเจ็บ
ระดับ 2	ปานกลาง	อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลกระทบหรือความเสียหายถึงผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่แต่ไม่ถูกฟ้องร้อง เช่น กิ่งไม้ตกทับรถมอเตอร์ไซด์ ผ้าผาถูกอุปกรณ์ชำรุดต้องซ่อมแซม ไฟฟ้าลัดวงจรทำให้เครื่องมือชำรุด พื้นลื่นทำให้หกล้มแต่ไม่ได้รับอันตราย
ระดับ 3	มาก	อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลกระทบหรือความเสียหายถึงผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่ มีโอกาสถูกฟ้องร้อง / ดำเนินคดี หรือได้รับบาดเจ็บพิการถาวรหรือเสียชีวิต เช่น รถ refer เกิดอุบัติเหตุขณะส่งผู้ป่วย มีผู้ได้รับบาดเจ็บสาหัสถูกตัดขา ไฟฟ้าลัดวงจรทำให้เกิดเพลิงไหม้เสียหาย

แบบบันทึกประวัติการสร้างมาตรฐานเชิงนโยบายและการปรับปรุงแก้ไข

เรื่อง “การบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มาตรฐานฉบับนี้			เหตุผลในการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงมาตรฐาน						เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ	
มาตรฐานใหม่	ปรับรูปแบบ Re – formatted	ปรับปรุงใหม่ Revised	แก้ไข / เพิ่มเติม ข้อความที่ จำเป็น	แก้ไขให้ สอดคล้อง กับ มาตรฐาน	ปรับเปลี่ยน กฎระเบียบ	มีความ เสี่ยง	เป็นความรู้ / วิทยาการใหม่	เพิ่ม ประสิทธิผล	Yes	No
		✓						✓	✓	
การปรับปรุงแก้ไข : มาตรฐานด้านนโยบายฉบับนี้ 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 ที่เผยแพร่ : เมษายน 2557										
File Name : มาตรฐานเชิงนโยบาย										