

มาตรฐานเชิงนโยบาย
การบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่		
อ้างอิง นโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร	รหัสเอกสาร : นย...004.../2564	หน้า 1-12
ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 4 / 2560 ผู้เขียน / เรียบเรียง 1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล (กันยายน/2559) ผู้เสนอ (...../...../2560) (ผศ.นพ.สิทธิชา สิริอารีย์ : ผู้จัดการความเสี่ยงโรงพยาบาล) ผู้รับรอง (...../...../2560) (ผศ.นพ.สิทธิชา สิริอารีย์ : QMR) ผู้อนุมัติ (...../...../2560) (ผศ.นพ.วิชัย ชื่นจงกลกุล : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) ผู้อนุมัติ (...../...../2560) (ศาสตราจารย์ นพ.บรรณกิจ โฉจนาภิวัฒน์ : คณบดีคณะแพทยศาสตร์)	ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 5 / 2564 ผู้เขียน / เรียบเรียง 1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล (กันยายน/2564) ผู้เสนอ (...../...../2564) (ผศ.นพ.เศรษฐพงศ์ บุญศรี : ผู้จัดการความเสี่ยงโรงพยาบาล) ผู้รับรอง (...../...../2564) (ผศ.นพ.เศรษฐพงศ์ บุญศรี : QMR) ผู้อนุมัติ (...../...../2564) (ผศ.นพ.นเรนทร์ โชติรสนิรมิต : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) ผู้อนุมัติ (...../...../2564) (ศาสตราจารย์ นพ.บรรณกิจ โฉจนาภิวัฒน์ : คณบดีคณะแพทยศาสตร์)	

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการเมื่อพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- 1.2 เพื่อให้มีการดำเนินการบริหารความเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
- 1.3 เพื่อให้มั่นใจว่ารายงานอุบัติการณ์ / เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทุกเหตุการณ์ได้รับการบริหารจัดการอย่างถูกต้องภายในระยะเวลาที่เหมาะสม

2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือสิ่งไม่พึงประสงค์ โอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์

อุบัติการณ์ (incident) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย,จิตใจ, ชื่อเสียง,ทรัพย์สิน สิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ คำร้องเรียนหรือการฟ้องร้อง อุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยรายแรก คือ ความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ

T-SIMPLE-D

T: Training risk คือ ผลแทรกซ้อนในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย หรือการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นใน ระบบ Training

SIMPLE: 2P Safety คือ Patient Safety และ Personnel Safety

	Patient Safety		Personnel Safety
S	Safety Surgery and Invasive Procedures	S	Social Media (communication), Security and privacy of information
I	Infection Control (Clean Care is Safer Care)	I	Infection and Exposure
M	Medication & Blood Safety	M	Mental Health and Medication
P	Patient Care Process	P	Process of work
L	Line, Tube & Catheter Device and Laboratory	L	Lane (ambulance), Legal Issues regulation (medical legal)
E	Emergency Response	E	Environment & Working condition

D: D down level อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ D ลงมา ตามเกณฑ์การแบ่งระดับความ รุนแรงของ NCC MER ที่กำหนดให้ระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยกำหนดไว้ตั้งแต่ระดับ A ถึง I

3. นโยบายปฏิบัติ ให้ทุกภาควิชา ฝ่ายฯ งานฯ

3.1 ค้นหาความเสี่ยง

- **เชิงรับ** จากประสบการณ์ที่เคยเกิด การทบทวนเวชระเบียน รายงานอุบัติเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง เรียนรู้จากความผิดพลาดของโรงพยาบาลอื่น
- **เชิงรุก** โดยใช้แนวคิด Risk Identification และ Risk register กล่าวคือ
 - รวบรวมรายการความเสี่ยงจากทุกแหล่งที่มี เช่น Risk Profile, PSG: SIMPLE, รายงานอุบัติเหตุการณ์, การทบทวนเวชระเบียน, MM conference, ฯลฯ
 - วิเคราะห์ระดับโอกาสเกิดและผลที่จะตามมาของทุกความเสี่ยง
 - คำนวณระดับความเสี่ยงด้วยการเอาโอกาสเกิดกับผลที่จะตามมา มาบวก คือ การทำ Risk Matrix จากระดับความรุนแรงและความถี่ของอุบัติเหตุการณ์

ระดับความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุการณ์

ระดับความรุนแรง	คะแนน
ระดับความรุนแรง A , 1 , ข้อร้องเรียน 1	1
ระดับความรุนแรง B-C-D , 2 , ข้อร้องเรียน 2	2
ระดับความรุนแรง E-F , 3 , ข้อร้องเรียน 2	3
ระดับความรุนแรง G-H , 4 , ข้อร้องเรียน 3	4
ระดับความรุนแรง I , 5 , ข้อร้องเรียน 3	5

ระดับความถี่ของการเกิดอุบัติการณ์

ความถี่	คะแนน
พบนานๆมากกว่า 5 ปี/ครั้ง	1
พบ 2-5 ปี/ครั้ง	2
พบทุกปี/ครั้ง	3
พบ 2-5 เดือน/ครั้ง	4
พบทุกสัปดาห์/ทุกเดือน	5

การระบุระดับของความถี่ / อุบัติการณ์ ตามความรุนแรงของผลกระทบ ดังนี้

- ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk) หมายถึง เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นกับผู้ป่วย อันมีเหตุเกิดจากกระบวนการให้บริการหรือกิจกรรมการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาลหรืออุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ประกอบด้วย

Common risk เป็นความเสี่ยงในภาพรวม ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงจากกระบวนการทางการแพทย์ เช่น ความคลาดเคลื่อนทางยา การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในโรงพยาบาล การลื่นล้ม ตกเตียง เป็นต้น

Specific Clinical Risk หมายถึง ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค เป็นการค้นหากลุ่มโรคหรือสภาวะ ที่เกิดขึ้นบ่อยและ/หรือ มีความเสี่ยงสูงจากการพบทวนการรักษา หรือตัวชี้วัดที่ยังไม่ดี ซึ่งมักส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนั้น ๆ เกิดผลลัพธ์ไม่ดีหรือยังไม่เป็นที่พอใจ

โดยแบ่งความรุนแรงของความเสี่ยงทางคลินิกออกเป็น 9 ระดับ (ตามเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของ The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention: NCC MER)

ระดับ	ผลกระทบ / การจัดการ
A	เหตุการณ์ที่มีโอกาสผิดพลาด
B	ความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วยและ/หรือบุคลากร
C	ความผิดพลาดเกิดขึ้นถึงตัวผู้ป่วยแต่ไม่ถึงอันตราย
D	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ
E	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและเกิดอันตรายชั่วคราวแก่ผู้ป่วยและต้องให้การรักษาเพิ่มมากขึ้น
F	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น
G	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร
H	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยชีวิต
I	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

ความเสี่ยงทั่วไป (Non Clinic Risk) หมายถึงความเสี่ยงโดยทั่วไปที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา โดยแบ่งความรุนแรงออกเป็น 5 ระดับ

ระดับ	ความรุนแรง	ผลกระทบ
ระดับ ๑	ไม่รุนแรง	มีโอกาสเกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหายไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท/ ยังไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน* เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนแต่ยังไม่ถึงผู้รับบริการ / ผู้ปฏิบัติงาน (Near miss) สัมภาษณ์เฉพาะไว้ที่รถแต่ตรวจพบก่อนรถไม่หาย พื้นสไลด์แต่ไม่มีใครลื่นล้มหรือได้รับอันตราย
ระดับ ๒	น้อย	เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหาย ๑๐,๐๐๑ - ๕๐,๐๐๐ บาท/ มีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของ การดำเนินงาน* เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ยังไม่มีผลกระทบหรือความเสียหายถึงผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่ เช่น ฝาครอบพัดลมหล่นแต่ไม่มีผู้บาดเจ็บ
ระดับ ๓	ปานกลาง	เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหาย ๕๐,๐๐๑ - ๒๕๐,๐๐๐ บาท/ เกิดผลกระทบปานกลาง (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือ วัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน* เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบหรือความเสียหายถึงผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่แต่ไม่ถูกฟ้องร้อง เช่น กิ่งไม้ตกทับรถมอเตอร์ไซด์ พัดผ้าถูกอุปกรณ์ชำรุดต้องซ่อมแซม ไฟฟ้าลัดวงจรทำให้เครื่องมือชำรุด
ระดับ ๔	มาก	เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหาย ๒๕๐,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท/ มีผลกระทบสูง ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ ตามวัตถุประสงค์* เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบหรือความเสียหายถึงผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่ มีโอกาสถูกฟ้องร้อง / ดำเนินคดี เช่น หลังกาห้องผ่าตัดรั่ว ต้องหยุดให้บริการ, ระบบ IT ล่มทำให้การบริการหยุดชะงัก
ระดับ ๕	มากที่สุด	เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหายมากกว่า ๑๐ ล้านบาท/ มีผลกระทบสูงมาก ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่าง ร้ายแรง* เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบหรือความเสียหายถึงผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลเสียชื่อเสียง สูญเสียเงิน เช่น ไฟไหม้ ถูกฟ้องร้อง

*อ้างอิงจากระบบ HRMS ของ สรพ.

3.2. ประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Risk Matrix

Risk Assessment matrix			ความถี่ที่เกิดขึ้น				
			ต่ำมาก/น้อยมาก	ต่ำ/น้อย	ปานกลาง	สูง/บ่อย	สูงมาก/บ่อยมาก
			1	2	3	4	5
ผลกระทบและความรุนแรง	สูงมาก/หายาก I	5	6	7	8	9	10
	สูง/วิกฤต G,H	4	5	6	7	8	9
	ปานกลาง E,F	3	4	5	6	7	8
	ต่ำ/น้อย B,C,D	2	3	4	5	6	7
	น้อยมาก A	1	2	3	4	5	6
			ระดับของความเสี่ยง				

การจัดกลุ่ม และดำเนินการจัดการความเสี่ยง

• **กลุ่มที่สำคัญสูง (สีแดง)** ร่วมกันกำหนด/ทบทวนแนวทางป้องกัน และการเตรียมพร้อมตอบสนอง เมื่อเกิดเหตุ มอบหมายผู้ทำหน้าที่ risk owner มีหน้าที่ทบทวนการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ระดับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และพิจารณาว่าควรเพิ่มมาตรการป้องกันอย่างไร ทบทวนอย่างน้อยทุก 3 เดือน จำนวนความเสี่ยงในรายการนี้ พิจารณาจากจำนวนความเสี่ยงที่สำคัญสูง ร่วมกับจำนวนคนที่มาหาหน้าที่ risk owner

• **กลุ่มที่สำคัญปานกลาง (สีส้มและสีเหลือง)** มอบให้คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงนั้นๆ ทบทวนมาตรการป้องกัน และทำหน้าที่ risk owner ทบทวนเหมือนกลุ่มที่สำคัญสูง แต่ความถี่ของการทบทวนอาจจะห่างกว่าความเสี่ยงที่สำคัญสูง

• **กลุ่มที่สำคัญน้อย (สีเขียว)** อาจจะมีโอกาสพบน้อย ความรุนแรงน้อย ตรวจสอบว่ามีมาตรการป้องกันอยู่ในคู่มือแล้วหรือไม่ ถ้ามีก็หาวิธีการสื่อสารและทำให้มั่นใจว่ามีการรับรู้และปฏิบัติ (ซึ่งกลุ่มนี้คาดว่าจะมีมากที่สุด)

3.3. มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ๙ ข้อ คือ มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดโดยคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อใช้ในการพิจารณารับรองคุณภาพและอนุมัติการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขึ้นก้าวหน้า มีรายละเอียดดังนี้

1. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
2. การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม
 - Surgery Site Infection (SSI)
 - Ventilator-Association Pneumonia (VAP)
 - Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)
 - Catheter-line Associated Bloodstream infection (CLABSI)
3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
4. การเกิด Medication Error และ Adverse drug event

5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
 6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
 7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค
 8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน
 9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (Under triage หรือ Over triage)
- ซึ่งเมื่อเกิดอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ ให้การดำเนินการ 4 ข้อดังนี้

1. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ
2. แสดงแนวโน้มอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา (เดือน/ไตรมาส/ปี) พร้อมช่องทาง/แนวทางการ monitor
3. เมื่อเกิดอุบัติการณ์ระดับ E up ต้องมีการทำ RCA
4. มีมาตรการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

3.4 ความเสี่ยงด้านการร้องเรียน

เสียงสะท้อนของผู้รับบริการ/ข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียน หมายถึง การจัดการในส่วนของการความคิดเห็นของผู้รับบริการ โดยจำแนกเป็นส่วนของการร้องเรียน คำชมเชย ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น การสอบถามหรือร้องขอข้อมูล โดยเฉพาะข้อร้องเรียน เพื่อจะสามารถจัดการได้อย่างเป็นระบบ ทันเวลา และลดความรุนแรงที่จะนำสู่การฟ้องร้อง ได้มีการจัดระดับความรุนแรง ไว้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรุนแรงระดับ 1 เป็นข้อร้องเรียนที่เป็นเรื่องราวทั่วไป เป็นความคิดเห็น ข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงบริการ เนื้อหาไม่รุนแรง ยังไม่ต้องแก้ไขทันที แต่ต้องรวบรวมไว้ เพื่อดูจำนวน ประเภท แนวโน้ม และวางแผนปรับปรุงแก้ไขการบริการให้เหมาะสมมากขึ้น

ความรุนแรงระดับ 2 เป็นข้อร้องเรียนที่มาจากผู้รับบริการที่เข้ามาร้องเรียนด้วยตนเอง ทางโทรศัพท์ จดหมาย สื่อออนไลน์ ที่มีเนื้อหาไม่รุนแรง แต่มีความสำคัญจำเป็นต้องมีการวางแผนแก้ไข ปรับปรุง อาจยังไม่ต้องแก้ไขปัญหาทั้งหมดในทันที แต่ต้องให้ความสำคัญในการตอบสนอง เพื่อบรรเทาความรุนแรง

ความรุนแรงระดับ 3 เป็นข้อร้องเรียนระดับรุนแรง เช่น การมาร้องเรียนด้วยตนเอง มีความไม่พึงพอใจต่อบริการอย่างมาก เป็นการร้องเรียนทางสื่อออนไลน์ที่มีเนื้อหารุนแรง ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียต่อการถูกฟ้องร้อง หรือมีเนื้อหาที่ทำให้โรงพยาบาลเกิดความเสียหาย เสื่อมเสียชื่อเสียง ที่ควรได้รับการแก้ไขทันที

3.5 การจัดการความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์

บุคลากรทุกคนปฏิบัติตาม Flowการรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์และรายงานผ่านโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล (Risk Management Information System of Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital: IR)



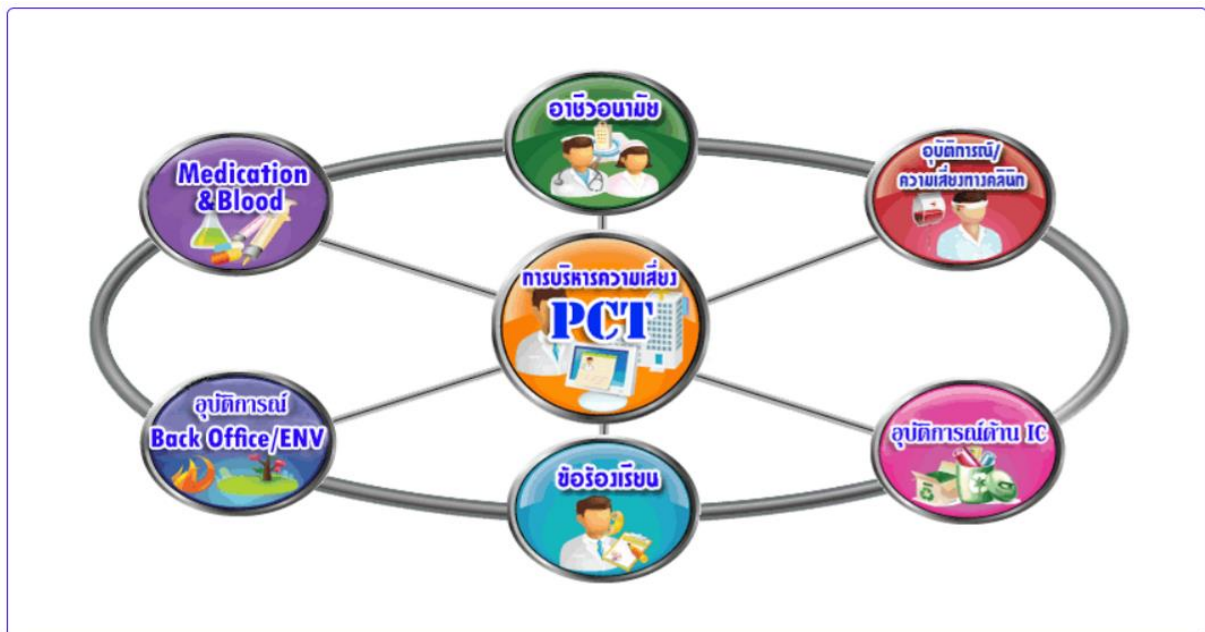
**Risk Management Information System
of Maharaj Nakorn Chiangmai Hospital**

Sign in

Login Clear

คู่มือการใช้โปรแกรม
ท่านสามารถเข้าไปใช้งานโดยใช้ Username และ Password ที่ใช้ในระบบบริหารจัดการ(ระบบบันทึกการลา)
มีข้อเสนอแนะกรุณาดำเนินการ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล Tel. 053-935166-7
เริ่มใช้งานตั้งแต่ 2 เมษายน 2561

ซึ่งสามารถรายงานตามที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่กำหนดไว้ คือ ด้านอาชีวอนามัย ด้านMedication & Blood ด้านความเสี่ยง PCT ด้าน Back office/ENV ด้านข้อร้องเรียน ด้าน IC และด้านคลินิก ดังภาพ



การรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ ในโปรแกรมรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล บุคลากรทุกคนสามารถ
เข้ารายงาน โดยใช้ Username และ Password ของตัวเอง (การบริหารจัดการ)

Flow การจัดการความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์*

ปัญหาเกิดขึ้นในหน่วยงาน/การบริหารจัดการเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ไม่รุนแรง

ระดับ A-D /1-3

รุนแรง

ระดับ E-I / 4-5

รุนแรง/รุนแรง/ควบคุมไม่ได้

Sentinel Event: ระดับอุบัติการณ์อาจไม่รุนแรง แต่มีความเสี่ยงที่จะถูกฟ้องร้อง/ทำให้เสียชื่อเสียง

-หน่วยงานบันทึกเหตุการณ์

-หน่วยงานรายงานเหตุการณ์ในโปรแกรมIR

-กรณีมีการทบทวนอุบัติการณ์ระดับ D down ให้ส่งผลการทบทวนให้งานพัฒนาคุณภาพและแนบFile Pdf.ในโปรแกรม IR ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

ระดับ E-F / 4

-ให้การช่วยเหลือ แก่ไขทันที รายงานตามขั้นตอน

-ส่งรายงานอุบัติการณ์ให้ผู้บริหารภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุการณ์

-หน่วยงานรายงานเหตุการณ์ในโปรแกรมIR

-หน่วยงานร่วมกับ PCT/หน่วยงานร่วมกับระบบสำคัญ ทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกัน

-อุบัติการณ์ระดับ E Up ให้ทำ RCA ทุกสาย ส่งผลการทบทวนให้งานพัฒนาคุณภาพและแนบ File Pdf.ในโปรแกรมIRภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

ระดับ G-H-I / 5

-ให้การช่วยเหลือ แก่ไขทันที

-รายงานด้วยวาจาแก่ผู้บังคับบัญชา (หัวหน้าภาควิชา/ฝ่าย/งาน/ผู้จัดการความเสี่ยงโรงพยาบาล โทร. 35174 และผู้อำนวยการโรงพยาบาล โทร. 35172) ส่งรายงานอุบัติการณ์ให้ผู้บริหารภายใน 24 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุการณ์

-หน่วยงานรายงานเหตุการณ์ในโปรแกรมIR

-หน่วยงานร่วมกับ PCT/หน่วยงานร่วมกับระบบสำคัญ ทำ RCA ทุกสายส่งผลการทบทวนให้งานพัฒนาคุณภาพและแนบFile Pdf.ในโปรแกรมIRภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

-ให้การช่วยเหลือ แก่ไขทันที

-รายงานต่อผู้บริหารที่รับผิดชอบด้วยวาจาทันที

-รายงานผู้จัดการความเสี่ยงและประธานคณะกรรมการเจรจาด้วยสันติวิธี

-ส่งรายงานอุบัติการณ์ให้ผู้บริหารภายใน 24 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุการณ์

-หน่วยงานรายงานเหตุการณ์ในโปรแกรมIR

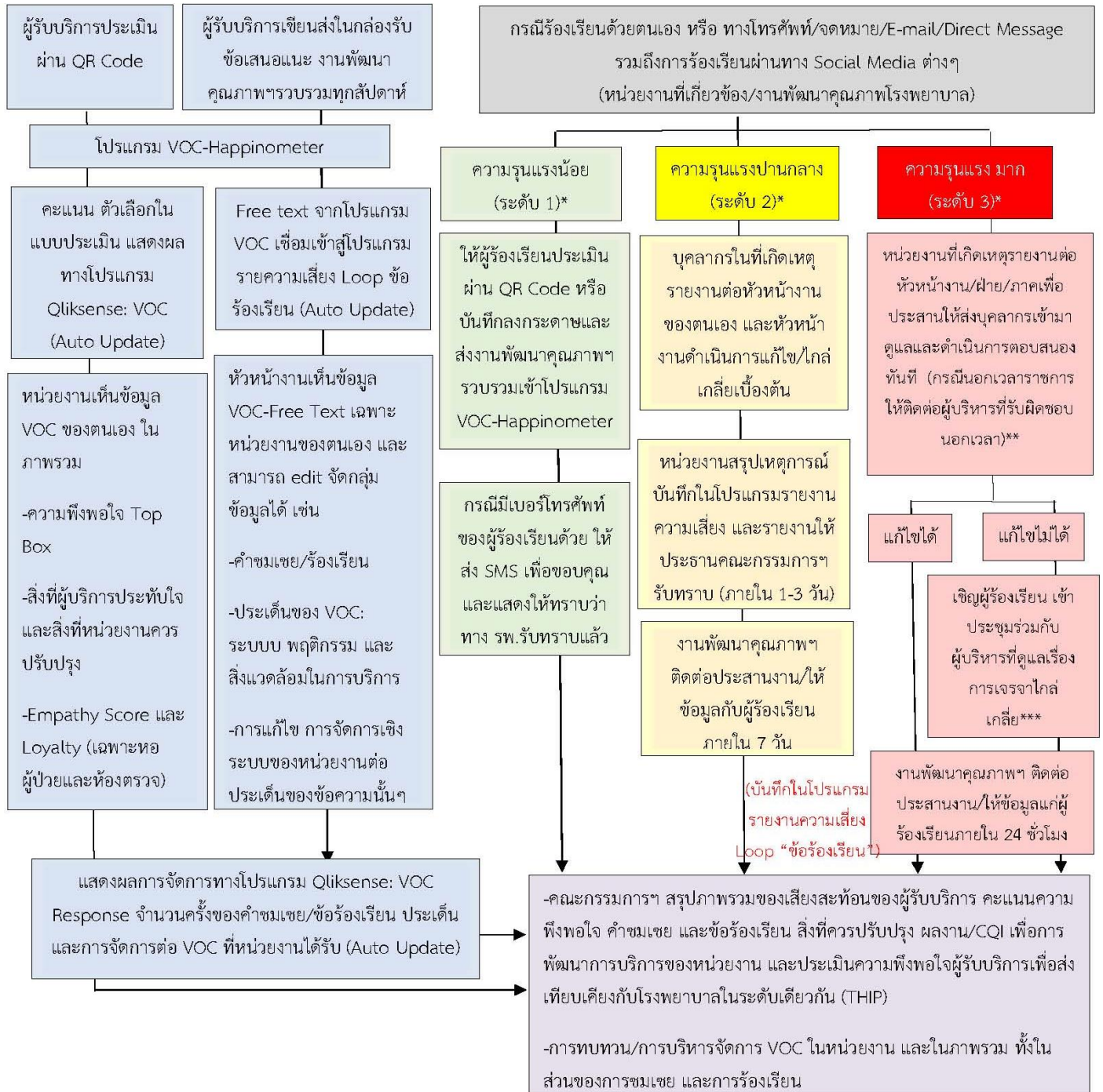
-หน่วยงานร่วมกับ PCT/หน่วยงานร่วมกับระบบสำคัญ ทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกันส่งผลการทบทวนให้งานพัฒนาคุณภาพและแนบFile Pdf.ใน

งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล รวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากที่ได้รับจากโปรแกรม IR

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลทบทวน หาแนวทางแก้ไข / กำหนดมาตรการป้องกันเชิงระบบ

ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น PCT ภาควิชา / กรรมการระบบสำคัญ / หน่วยงาน

Flow การบริหารจัดการเสียงสะท้อนผู้รับบริการ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่



*ระดับความรุนแรง

ระดับ 1 ข้อร้องเรียนปกติ ที่ไม่ต้องแก้ไขรับด่วน

ระดับ 2 ข้อร้องเรียนระดับปานกลาง ที่มาจากผู้รับบริการที่เข้ามาร้องเรียนด้วยตนเอง ทางโทรศัพท์ จดหมาย สื่อออนไลน์ ที่มีเนื้อหาไม่รุนแรง ควรมีการวางแผนเพื่อแก้ไข ปรับปรุง แต่ไม่ต้องแก้ไขปัญหานั้นทันที

ระดับ 3 ข้อร้องเรียนระดับรุนแรง เช่นการมาร้องเรียนด้วยตนเอง ทางสื่อออนไลน์ ที่มีเนื้อหารุนแรง ทำให้โรงพยาบาลเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง หรือมีเนื้อหาที่ทำให้โรงพยาบาลเกิดความเสียหาย เสื่อมเสียชื่อเสียง ที่ควรได้รับการแก้ไขทันที

**กรณีนอกเวลา ให้ติดต่อผู้บริหารที่ปฏิบัติหน้าที่นอกเวลา เช่น ผู้ตรวจการบริหารนอกเวลา ของฝ่ายการพยาบาล เป็นต้น

***ผู้รับผิดชอบในการเจรจาไกล่เกลี่ยของโรงพยาบาล คือ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล คนที่ 1 และหัวหน้างานบริหารโรงพยาบาล

3.6 การแสดงผลข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล

การรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล และแสดงผลด้วยเข้าสู่โปรแกรม QlikSense แสดงถึงภาพรวมของอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งหมด รวมถึงระดับความรุนแรง และเป็นประโยชน์ในทุกหน่วยงาน/CLT การนำข้อมูลมาวางแผนการทำงาน ปรับปรุง พัฒนางาน และป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

4. ขั้นตอนปฏิบัติ

4.1 เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือพบความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดความผิดปกติ

- ปฏิบัติตาม Flow การจัดการความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์ *
- รายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ เข้าสู่โปรแกรมรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- กรณี ระดับความรุนแรง E up ให้ทำ Root Cause Analysis: RCA ทุกราย

4.2 การทำ RCA โดยการใช้แนวคิด **NEWS** และ การทบทวนเวชระเบียน

NEWS

- **N** = Needs & Experience of Patients การทบทวนความต้องการและเสียงสะท้อนของผู้รับบริการ
- **E** = Evidence & Professional Standard การทบทวนการใช้ความรู้ที่ทันสมัย
- **W** = Waste ทบทวนการใช้ทรัพยากร/เปลี่ยนความสูญเสียไปให้มีคุณค่า
- **S** = Safety ทบทวนโอกาสเกิดอุบัติการณ์/อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว

การทบทวนเวชระเบียน โดยทบทวนประเด็นสำคัญ จากเอกสารเวชระเบียน ได้แก่ ใบสรุป chart , Admission note/OPD card เพื่อดูการประเมินแรกรับ, แบบบันทึกสัญญาณชีพ, การสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการสั่งใช้ยาที่สำคัญ , Progression note, Nurse Note , Order sheet , Discharge plan/Summary โดยสรุปประเด็นสำคัญที่เป็นโอกาสพัฒนาที่พบ นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุ กำหนดมาตรการป้องกัน พัฒนา ปรับปรุง และ วางแผน ติดตามประเมินผล

4.3 ให้ทุกหน่วยงาน และ CLT ได้ควบคุมกำกับความเสี่ยงจากการทำงานของหน่วยงาน/PCT และพยายามลดอุบัติการณ์เกิดซ้ำ

4.4 ทุกหน่วยงานและ CLT นำความเสี่ยง/ข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์ของตนเอง ทำ Risk Identification และ Risk Register ซึ่งสามารถดำเนินการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน/CLT ตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. กลุ่มเป้าหมาย / ขอบเขต

ทุก CLT, ทุกภาควิชา, ทุกหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาล

6. ผู้รับผิดชอบ

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล
2. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาล

7. เกณฑ์การชี้วัด

7.1 การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างถูกต้องของบุคลากร

7.2 อุปกรณ์การณ์ใน T-SIMPLE-D มีแนวโน้มลดลง

แบบบันทึกประวัติการสร้างมาตรฐานเชิงนโยบายและการปรับปรุงแก้ไข

เรื่อง “การบริหารความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์”

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มาตรฐานฉบับนี้			เหตุผลในการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงมาตรฐาน						เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ	
มาตรฐานใหม่	ปรับรูปแบบ Re – formatted	ปรับปรุงใหม่ Revised	แก้ไข / เพิ่มเติม ข้อความที่จำเป็น	แก้ไขให้สอดคล้องกับ มาตรฐาน	ปรับเปลี่ยน กฎระเบียบ	มีความเสี่ยง	เป็นความรู้ / วิทยาการ ใหม่	เพิ่ม ประสิทธิภาพ	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 ที่ปรับปรุงแก้ไข 3 : กันยายน 2559										
วัน / เดือน / ปี ที่ปรับปรุงแก้ไข 4 : กรกฎาคม 2560										
วัน / เดือน / ปี ที่ปรับปรุงแก้ไข 5 : มกราคม 2564										
วัน / เดือน / ปี ที่เผยแพร่ :										
File Name : มาตรฐานเชิงนโยบาย										

ภาคผนวก

1. มาตรฐานเชิงนโยบายการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน)
3. เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน)
4. เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย พ.ศ. 2561 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน)
5. คู่มือการใช้งาน ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System: HRMS) มีนาคม 2561 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน)
6. เอกสารประกอบการสอน การบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management) อ.นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ณ วันที่ 9 กรกฎาคม 2562
7. ประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เรื่อง มาตรฐานสำคัญจำเ็นต่อความปลอดภัย วันที่ 22 พฤศจิกายน 2562