

คู่มือบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลเสริมงาม

ฉบับที่ 4 (เริ่มใช้ 1 เมษายน 2567)



โรงพยาบาลเสริมงาม
SOEMNGAM HOSPITAL

จัดทำโดย
งานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลเสริมงาม
054-286117 ต่อ 114

คำนำ

จากวิสัยทัศน์ “โรงพยาบาลคุณภาพประสานใจบริการ พัฒนางานสู่ชุมชน” โรงพยาบาลเสริมงามให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และชุมชน จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อกำหนดนโยบายให้บุคลากรทุกคนมีหน้าที่เฝ้าระวัง ค้นหา รายงาน และจัดการความเสี่ยง เพื่อลดผลกระทบจากความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เกิดความปลอดภัยแก่บุคลากร ผู้รับบริการ และชุมชน (3P Safety) อีกทั้งช่วยสร้างวัฒนธรรมการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย และเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ระบุว่า องค์กรต้องมีระบบบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัยให้มีประสิทธิผล และประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลเสริมงามจึงจัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยงฉบับนี้ (ฉบับที่ 4) โดยมีการแก้ไขปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยงให้อ่านง่าย เหมาะกับเจ้าหน้าที่ทุกคน ทันสมัย และสอดคล้องมาตรฐาน สรพ. มากขึ้น ตามบริบทของโรงพยาบาล เริ่มใช้ตั้งแต่ 1 เมษายน 2567 เป็นต้นไป (เดิมฉบับที่ 3 ใช้เมื่อ 1 สิงหาคม 2566) เพื่อให้คณะกรรมการบริหาร และคณะกรรมการงานคุณภาพรับทราบ และประกาศเป็นนโยบายแก่บุคลากรโรงพยาบาลเสริมงามทุกคน ให้มีแนวทางจัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

งานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลเสริมงาม

สารบัญ

ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลเสริมงาม

นโยบาย

นโยบายของงานบริหารความเสี่ยง

นโยบายการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน (3P Safety)

ประกาศโรงพยาบาลเสริมงาม เรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

ขอบเขต

เป้าหมาย

คำจำกัดความ

หน้าที่และความรับผิดชอบ

โปรแกรมระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลเสริมงาม

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

ขั้นที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)

ขั้นที่ 2 การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis/Assessment)

2.2.1 ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk)

2.2.2 ความเสี่ยงทั่วไป (Non-clinical Risk)

2.2.3 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรงของโรงพยาบาล (Sentinel event)

ขั้นที่ 3 การจัดการความเสี่ยง หรือการตอบสนองความเสี่ยง (Risk response)

กรอบเวลาการบริหารจัดการความเสี่ยง

ขั้นที่ 4 การตรวจติดตามและประเมินผล (Risk Evaluation)

ตัวชี้วัดระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลเสริมงาม

ภาคผนวก

การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงภายในโรงพยาบาล โดยใช้โปรแกรม HRMS

การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระหว่างโรงพยาบาล

การทบทวน 12 กิจกรรม

การจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk profile)

การประเมินระดับความเสี่ยง จัดทำตารางประเมิน (Risk matrix)

ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register)

รายการ Risk register โรงพยาบาลเสริมงาม

มาตรฐาน HA (ตอนที่ II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง)

ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล

นโยบาย

นโยบายของงานบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลเสริมงามเป็นองค์กรที่ให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการความเสี่ยง เพื่อลดความสูญเสีย เช่น การบาดเจ็บ การเกิดเหตุร้ายแรง อันตราย สูญเสียทรัพย์สิน เสียชื่อเสียงองค์กร บุคลากรทุกคนจึงต้องมีหน้าที่เฝ้าระวัง ค้นหา รายงาน และจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลเสริมงามได้กำหนดนโยบายบริหารจัดการความเสี่ยง ดังนี้

1. ให้มีการบริหารจัดการความเสี่ยงทั่วทั้งโรงพยาบาลเสริมงาม โดยมีการจัดการและดำเนินงานอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง สอดคล้องกับการบรรลุตัวชี้วัด กลยุทธ์ขององค์กร
2. ทุกหน่วยงานมีการเฝ้าระวัง ค้นหา ติดตาม ประเมิน รายงานผล ทบทวนโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกมาวางมาตรการป้องกัน แก้ไขความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ และมีการเฝ้าระวังปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ
3. สร้างวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่าและมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก และรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานหรือพบเห็นในโรงพยาบาลเสริมงาม
4. ทุกหน่วยงาน/ทุกทีมใช้กระบวนการ No Shame (กล้าบอกกล้าเล่า) No Blame (ไม่ด่วนกล่าวตำหนิลงโทษ ก่อนพิจารณาหาความจริง) สามารถรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ข้อเสนอแนะต่างๆ ได้สะดวกใจ และเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล
5. มีระบบสารสนเทศที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ช่วยให้บริหารความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6. มีช่องทางให้ผู้รับบริการแสดงความคิดเห็นและติชมการบริการได้สะดวกและรวดเร็ว โดยสามารถแสดงความคิดเห็นทั้งทางตู้รับความคิดเห็น และการแสกน QR code พร้อมจัดตั้งทีมใกล้เคียงในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ร้องเรียนขึ้น

นโยบายการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน (3P Safety)

โรงพยาบาลลำปาง LAMPANG HOSPITAL		Patient Safety ผู้ป่วยปลอดภัย	Personal Safety บุคลากรปลอดภัย	People Safety ประชาชนปลอดภัย
S	Safe surgery and invasive procedures กระบวนการผ่าตัดที่ปลอดภัย	Security and privacy of Information and Social media ความปลอดภัยของข้อมูลและการใช้สื่อสังคม	Social responsibility and social communication สื่อสารและรับผิดชอบต่อสังคม	
I	Infection and prevention control ความปลอดภัยจากการติดเชื้อในสถานพยาบาล	Infection and exposure ความปลอดภัยของบุคลากรจากการติดเชื้อ	Infection in community and isolation ควบคุมและจัดการการติดเชื้อในชุมชน	
M	Medication & blood safety ความปลอดภัยในการรับยาและเลือด	Mental health and mediation การเยียวยาจิตใจและการเจรจาไกล่เกลี่ย	Mental health promotion ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี	
P	Patient care process ความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย	Process of work กระบวนการทำงานของบุคลากรที่ปลอดภัย	Promotion and prevention of health, customer protection, product safety ส่งเสริม ป้องกัน คุ้มครองสุขภาพประชาชน	
L	Line, tube & catheter and Laboratory การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายและท่ออย่างปลอดภัย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ถูกต้อง เหมาะสม	Lane (Ambulance) and Legal Issues การใช้รถพยาบาลอย่างปลอดภัยและเคารพกฎจราจร	Lane (road safety) and legal รักษากฎจราจรและความปลอดภัยบนท้องถนน	
E	Emergency response การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสม รวดเร็ว	Environment and working conditions สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย	Exercise and environment management ส่งเสริมการออกกำลังกาย และจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	

update 22 มิถุนายน 2566

ประกาศโรงพยาบาลเสริมงาม เรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

1. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
2. การติดเชื้อในโรงพยาบาลในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS
3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
4. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event ซ้ำ
5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคจนเกิดผลรุนแรงต่อผู้ป่วย
8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน
9. การคัดแยก (Triage) ที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

ขอบเขต

ระบบบริหารความเสี่ยงนี้ใช้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลหรือภายนอกโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเสริมงาม

เป้าหมาย

- เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ชุมชน และสิ่งแวดล้อมให้ ไม่เกิดความเสียหายจากการรับบริการหรือได้รับผลกระทบน้อยที่สุด
- บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ ในการค้นหา ป้องกัน บริหารจัดการความเสี่ยงเชิงระบบอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย เพื่อลดหรือป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

คำจำกัดความ

- **ความเสี่ยง (Risk)** หมายถึง โอกาสที่จะเกิดอันตราย หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งส่งผลกระทบหรือสร้างความเสียหาย ทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน หรือก่อให้เกิดความล้มเหลว ลดโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมาย เช่น ความสูญเสียที่เกิดกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ เสียรายได้ เสียทรัพย์สิน เสื่อมเสียชื่อเสียง การทำลายสิ่งแวดล้อม เป็นต้น
- **เหตุการณ์เกือบพลาด (Near Miss)** หมายถึง สถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่ไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทันก่อนเกิดเหตุการณ์
- **อุบัติการณ์ (Incident)** หรือ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว และอาจก่อให้เกิดอันตราย หรือผลกระทบต่อบุคคล หรือสร้างความเสียหาย
- **เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event)** หมายถึง การบาดเจ็บ อันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการดูแลรักษา ไม่ใช่กระบวนการตามธรรมชาติของโรค ส่งผลต่อผู้ป่วยแล้ว
- **เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง (Sentinel Event)** หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดการณ์มาก่อน ส่งผลรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจ โดยไม่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพผู้ป่วย หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่สามารถระงับเหตุได้ อาจมีผลเสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล
- **รายงานอุบัติการณ์ (Incident Report)** หมายถึง การระบุเหตุการณ์ปัญหา และผลที่ตามมา โดยไม่แทรกความคิดเห็น ควรมีการบันทึกให้เร็วที่สุดโดยผู้อยู่ในเหตุการณ์

- **บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)** หมายถึง รายการความเสี่ยงที่องค์กร/หน่วยงานต้องเผชิญ ซึ่งได้รวบรวมจากการสำรวจในหน่วยงาน การศึกษา ประสบการณ์ ควรมีการวิเคราะห์เชิงปริมาณและความรุนแรงด้วย ใช้ในการวางมาตรการป้องกัน และเฝ้าระวังความเสี่ยง
- **ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk Register)** หมายถึง เอกสารที่ใช้ในการจัดการความเสี่ยงที่ครอบคลุมทุกขั้นตอน เพื่อนำไปสู่การวางแผนการบริหารจัดการความเสี่ยง ประเมินผล และทบทวนปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันเสมอ เพื่อให้เห็นการพัฒนาที่เป็นระบบ

หน้าที่และความรับผิดชอบ

1. **บุคลากรของโรงพยาบาล มีหน้าที่**
 - ศึกษาคู่มือบริหารความเสี่ยง และปฏิบัติตาม
 - เฝ้าระวัง ค้นหาและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านโปรแกรม Healthcare Risk Management System (HRMS) ภายในเวลาที่กำหนดตามแนวทางการรายงานและจัดการความเสี่ยง
 - เมื่อพบอุบัติการณ์หรือความคลาดเคลื่อน หรือได้รับการร้องเรียนจากผู้ใช้บริการ ให้ดำเนินการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น
 - ร่วมทำการวิเคราะห์สาเหตุ (RCA) และวางมาตรการแก้ไขป้องกันร่วมกับหน่วยงานตนเอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือทีมระบบงานสำคัญตามระดับความรุนแรงของความเสี่ยง
2. **คณะกรรมการความเสี่ยงประจำหน่วยงาน มีหน้าที่เป็นผู้ช่วยหัวหน้าหน่วยงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน**
 - กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของหน่วยงาน ให้สอดคล้องกับ service profile
 - จัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk profile) และทบทวนทุก 1 ปี
 - จัดทำทะเบียนจัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน (risk register) และทบทวนอย่างน้อยทุกไตรมาส
 - เผยแพร่ความรู้ ข้อมูลที่ได้จากการประชุม กระตุ้น สนับสนุน และช่วยเหลือให้มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก และรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโปรแกรม HRMS
 - จัดการอุบัติการณ์ความเสี่ยง ติดตามและทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงของหน่วยงาน
 - กำกับและติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอุบัติการณ์ความเสี่ยงขององค์กรและหน่วยงาน รวมถึงประเมินความเหมาะสมและเพียงพอของมาตรการป้องกัน

- กระตุ้นและสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดีและเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน
- วิเคราะห์และประเมินการบรรลุเป้าหมายการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน

3. หัวหน้าหน่วยงาน มีหน้าที่

- ค้นหาความเสี่ยงทุกระดับประจำหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ
- รับรายงานและยืนยันอุบัติการณ์ที่รายงานโดยบุคลากรของหน่วยงาน
- พิจารณาสั่งการและดำเนินการ แก้ไขปัญหา กรณีเกิดอุบัติการณ์และข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ
- รวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์และจากเอกสารหลักฐานต่างๆเช่น เวชระเบียน ใบสั่งยา เป็นต้น
- ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือคณะกรรมการที่ระบบงานสำคัญ ในการดำเนินการการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
- ติดตาม กำกับ ดูแล การบริหารงานและบริหารความเสี่ยงประจำหน่วยงาน
- ร่วมทำการวิเคราะห์สาเหตุโดยใช้หลักการ Root Cause Analysis (RCA) และหาแนวทางการแก้ไข ป้องกัน
- ทบทวน Risk Profile หน่วยงานและรายงานทีมบริหารโรงพยาบาลปีละ1 ครั้ง

4. ผู้จัดการความเสี่ยงประจำทีมนำระบบงานสำคัญ ได้แก่ ประธานและเลขานุการทีมระบบงานสำคัญ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย มีหน้าที่

- รับรายงานอุบัติการณ์ที่รายงานตรงจากบุคลากรของโรงพยาบาล และ/หรือ ตามระบบการรายงาน HRMS หรือจากหน่วยงาน โดยเฉพาะความเสี่ยงที่ไม่สามารถบริหารจัดการภายในหน่วยงานได้
- แก้ไขปัญหา และร่วมจัดการอุบัติการณ์ หรือข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ ที่ไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงาน
- ร่วมทำการวิเคราะห์สาเหตุโดยใช้หลักการ Root Cause Analysis (RCA) และแนวทางการแก้ไขป้องกันในเวลาที่กำหนด และรายงานในระบบ HRMS

5. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล มีหน้าที่

- กำหนดนโยบาย และแผนการดำเนินงาน ด้านการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยของโรงพยาบาล
- ศึกษาองค์ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการความเสี่ยง และเผยแพร่ความรู้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล
- หาเครื่องมือในระบบสารสนเทศเพื่อช่วยในการเก็บข้อมูลความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ง่ายขึ้น มีมาตรฐาน มีการรักษาความลับ (PDPA) ปัจจุบันใช้โปรแกรม HRMS ของ สรพ.
- ติดตามกระตุ้นบุคลากรในโรงพยาบาลในการค้นหา ป้องกันความเสี่ยง และดำเนินงานบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

- ประสานเชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย โดยบุคลากรทุกคนมี username , password และเข้าถึงข้อมูลได้ตามสิทธิ์ เพื่อให้แต่ละระบบ แต่ละหน่วยงาน นำข้อมูลไปวิเคราะห์ได้สะดวก และรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์
- ติดตามและประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานบริหารความเสี่ยง โดยมีการประชุมในคณะทำงานบริหารจัดการความเสี่ยงองค์กร 1 ครั้ง/เดือน รวมทั้งรายงานผลลัพธ์การดำเนินงานบริหารความเสี่ยงต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทุกเดือน

-

โปรแกรมระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลเสริมงาม

1. การดูแลผู้ป่วย (PCT)
2. การติดเชื้อ (IC)
3. การให้ยา สารน้ำ และเลือด (PTC)
4. ด้านบุคลากร ด้านบริหารจัดการ การเงิน การคลัง (HRM)
5. ด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัย โครงสร้างและสิ่งแวดล้อม (ENV)
6. ด้านเวชระเบียน ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IM)
7. ห้องเรียน (ทีมไกล่เกลี่ย)

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

ขั้นที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) โดยแยกเป็น 2 ระดับดังนี้

1. ระดับโรงพยาบาล คณะกรรมการที่รับผิดชอบความเสี่ยงทำการค้นหาความเสี่ยงโดยการสำรวจและรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2. ระดับหน่วยงาน หัวหน้าหน่วยงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องค้นหาความเสี่ยงภายใน บริหารจัดการ วิเคราะห์ ประเมินผล และจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile)

การค้นหาความเสี่ยง มี 2 รูปแบบ ได้แก่

1. การค้นหาความเสี่ยงเชิงตั้งรับ
 - บันทึกการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน
 - รายงานการตรวจสอบเพื่อป้องกันอัคคีภัย
 - รายงานยาเสพติด
 - บันทึกการควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการ
 - รายงานการควบคุมคุณภาพของอาหาร
 - รายงานด้านอาชีวอนามัย
 - รายงานการตรวจสอบความปลอดภัยในการทำงาน
 - รายงานการตรวจสอบความปลอดภัยด้านรังสีวิทยา
 - รายงานอุบัติเหตุ
 - รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - บันทึกประจำวันของหน่วยงาน
 - รายงานของหน่วยรักษาความปลอดภัย
 - กระบวนการดูแลผู้ป่วย
 - ประสพการณ์ในอดีตของตนเองหรือผู้อื่น
 - งานวิจัยในวารสารวิชาการ

2. การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก

- Patient round เป็นการค้นหาความเสี่ยงจากผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ เช่น C3THER, Nursing round, Grand round เป็นต้น
- Chart round เป็นการสุ่มเวชระเบียนมาทบทวนเพื่อหาโอกาสพัฒนาจากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างทีมการรักษาพยาบาล
- Disease round โดยเอาโรคเป็นตัวตั้ง พิจารณาว่าประเด็นสำคัญโรคนี้อะไรบ้าง จะดูแลตรงไหนให้ดีขึ้นอย่างไร (ซึ่งอาจใช้แนวคิดองค์รวม ใช้เครื่องชี้วัด ใช้ความรู้ทางวิชาการที่เปลี่ยนไป หรือใช้การทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาจุดประกายการพัฒนา)
- การทบทวน 12 กิจกรรม

ขั้นที่ 2 การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis/Assessment)

การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงจะครอบคลุมถึงการจำแนกประเภทความเสี่ยง การประเมินระดับความรุนแรง และการประเมินผล เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการป้องกัน โดยพิจารณาจากประเภทความเสี่ยง เช่นต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ต่อเจ้าหน้าที่ ต่อการบริการ

2.1 การจำแนกประเภทความเสี่ยง ดังนี้

2.1.1 ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk) หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย แบ่งเป็น

- **ความเสี่ยงด้านคลินิกทั่วไป (Common clinical risk)** เช่น
 - การติดเชื้อ CAUTI
 - X-Ray ผิดข้าง
 - การให้ยาผิดคน
 - การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด

- **ความเสี่ยงด้านคลินิกเฉพาะโรค (Specific clinical risk)** สามารถเกิดได้ในผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่ง เป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เช่น
 - DKA ใน DM
 - Ruptured appendicitis
 - Dengue shock syndrome (DSS)
 - Postpartum hemorrhage
 - โรคและหัตถการทางทันตกรรม เช่น เกิด Allergy to local anesthesia ใน Dental treatment

2.1.2 ความเสี่ยงทั่วไป (Non clinical risk) หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ไม่ได้เกิดจากการรักษาพยาบาล แต่เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากปัจจัยอื่น หรือจากภัยธรรมชาติ

2.2 การจัดกลุ่มความเสี่ยงและแบ่งระดับความรุนแรง

2.2.1 ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk)

กลุ่มปฏิบัติการความเสี่ยงทางคลินิก และหมวดปฏิบัติการความเสี่ยง Personnel Safety Goals ของกลุ่มปฏิบัติการความเสี่ยงทั่วไป กำหนดระดับความรุนแรง เป็นระดับ A - I ตามรายละเอียดดังนี้

ระดับ	คำอธิบาย	การจัดกลุ่ม
A	(เกิดขึ้น) เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเองสามารถปรับแก้ไขได้ ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและผู้ป่วยหรือบุคลากร รวมถึงเหตุการณ์ที่เสี่ยงที่จะเกิดความปลอดภัยเคลื่อน	เกือบพลาด/ความรุนแรงน้อยมาก (Near miss)
B	(เกิดที่ใกล้) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งต่อเหตุการณ์/ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบต่อ ใดๆ ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร	
C	(เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร แต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย	ความรุนแรงน้อย
D	(ให้ระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	
E	(ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มมากขึ้น	ความรุนแรงปานกลาง
F	(เยียวยานาน) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น	
G	(ต้องพิจารณา) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ทำให้เกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียง/ความเชื่อถือและ/หรือมีการร้องเรียน	ความรุนแรงมาก
H	(ต้องการป้มน) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร มีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิตหรือกรณีทำให้ชื่อเสียงและ/หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล	
I	(จำใจลา) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/สื่อ	ความรุนแรงมากที่สุด

ทำความเข้าใจให้ตรงกัน



2.2.2 ความเสี่ยงทั่วไป (Non-clinical Risk)

กลุ่มปฏิบัติการความเสี่ยงทั่วไป ยกเว้นหมวดปฏิบัติการความเสี่ยง Personnel Safety Goals กำหนดและแยกระดับความรุนแรงเป็นระดับ 1 – 5 ตามรายละเอียด ดังนี้

ลำดับ	คำอธิบาย	การจัดกลุ่ม
1	ความผิดพลาดยังไม่เกิด แต่มีโอกาสเกิดความเสียหายได้ หรือเกิดความผิดพลาดขึ้น แต่ไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบต่อมูลค่าความเสียหาย 0 - 5,000 บาท)	เกือบพลาด/ ความรุนแรงน้อยมาก (Near miss)
2	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบต่อมูลค่าความเสียหาย 5,001 - 10,000 บาท)	ความรุนแรงน้อย
3	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (* เกิดผลกระทบต่อมูลค่าความเสียหาย 10,001 - 50,000 บาท)	ความรุนแรงปานกลาง
4	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (กรณีเกิดต่ออุปกรณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่ไม่ใช่อุปกรณ์ช่วยฉุกเฉิน) (*เกิดผลกระทบต่อมูลค่าความเสียหาย 50,001 – 100,000 บาท)	ความรุนแรงมาก
5	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง (กรณีเกิดต่ออุปกรณ์ต้องเป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและเป็นอุปกรณ์สำคัญในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Ambo bag, Suction, Defibrillation, Laryngoscope) หรือเกี่ยวข้องับระบบการทำงานที่สำคัญ (รถ Refer, ออกซิเจน, รถ Emergency) (*เกิดผลกระทบต่อมูลค่าความเสียหาย 100,001 บาทขึ้นไป)	ความรุนแรงมากที่สุด

2.2.3 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรงของโรงพยาบาล (Sentinel event)

หมายถึง เหตุการณ์ร้ายแรงตามบริบทของโรงพยาบาลเสริมงาม ที่อาจจะเกิดขึ้นหากไม่มีการป้องกันที่รัดกุม (strong recommendation) ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดความเสียหายจนถึงแก่ชีวิต หรือสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะอย่างถาวร ส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง ซึ่งส่งผลให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป โดยไม่มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรค/การเจ็บป่วยในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ รวมถึงเหตุการณ์ที่อาจทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะการปฏิบัติที่รัดกุม (strong recommendation) หมายถึง คำแนะนำที่มีข้อมูล สนับสนุนว่าเป็นการปฏิบัติที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดได้

นโยบายการจัดการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรงของโรงพยาบาลเสริมงาม (Sentinel Event) กำหนดให้ทุกทีมระบบสำคัญ/ทีมดูแลผู้ป่วย/หน่วยงาน มีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่โรงพยาบาลแนะนำ (strong recommendation) อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง (Sentinel Event) หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง ให้รายงานหัวหน้างาน และผู้บังคับบัญชาทราบทันที หรือให้เร็วที่สุด เพื่อแก้ไขเหตุการณ์ทันทีอย่างเหมาะสม

Sentinel Event	strong recommendation
1. การเกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาลระหว่างปฏิบัติหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการได้รับบาดเจ็บ (GPL104)	1. ตรวจสอบสมรรถนะรถ Refer ตามมาตรฐาน 2. พชร.ปฏิบัติหน้าที่ตามแนวทางอย่างเคร่งครัด
2. ให้เลือดผิด (CPM501)	1. ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้เลือดอย่างเคร่งครัด
3. แพ้ยาซ้ำ (CPM101)	1. ตรวจสอบการสั่งใช้ยาซ้ำโดยเจ้าพนักงานเภสัชกรรมแรกรับใบสั่งยา และการตรวจสอบอีกครั้งโดยเภสัชกรก่อนการจ่ายยา หากมีการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ ต้องทำการปรึกษาผู้สั่งใช้ยาเพื่อแก้ไขทันที 2. การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อได้รับยาที่อาจทำให้เกิดการแพ้ยา/แพ้ยารุนแรง/แพ้ยาข้ามกลุ่ม 3. ระบบแจ้งเตือนและห้ามสั่งใช้รายการยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาในระบบ Hosxp 4. กรณีผู้ป่วยใน ดำเนินการติดสติ๊กเกอร์สีแดงเพื่อแจ้งเตือนการแพ้ยาของ

	ผู้ป่วยใน ในใบแบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วยในและ Doctor's order sheet
4. เกิดการฟ้องร้องจนต้องใช้ ม. 41 (GPM203)	<ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษาของแพทย์ 2. เน้นเรื่องการปฏิบัติและเคารพสิทธิผู้ป่วย10ข้อให้ผู้ป่วยและญาติเห็นด้รับทราบข้อมูลในใบยินยอมรับการรักษาทุกครั้ง 3. มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและญาติในระหว่างการรักษา 4. ก่อนการทำหัตถการอธิบายถึงความจำเป็นข้อดีข้อเสียของการทำหัตถการและให้เซ็นต์รับทราบ 5. มีการบันทึกทางการแพทย์ที่สมบูรณ์เพื่อเป็นหลักฐานทางการแพทย์ 6. ปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย
5. อัคคีภัย (GOS301)	<ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรทุกคนต้องผ่านการอบรมการป้องกันและระงับ อัคคีภัยเบื้องต้นและการดับเพลิงขั้นต้น (Basic Fire Fighting) 2. ทุกงานต้องมีการซ้อมแผนอัคคีภัยทุก 1 ปี 3. ทุกงานต้องมีการบำรุงรักษา/ตรวจเช็คอุปกรณ์ไฟฟ้า ถังดับเพลิงทุกเดือน
6. ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในรพ (CPP402)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยAttempt suicide admitได้รับการดูแลใกล้ชิด 2. ผู้ป่วยAttempt suicide ได้รับการ counseling ทุกราย
7. ของมีค่ารพ.หาย (GPE207)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปิดห้องทำงานทุกครั้งหลังเลิกงาน 2. ยามรักษาการณ์ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐาน

ขั้นที่ 3 การจัดการความเสี่ยง หรือการตอบสนองความเสี่ยง (Risk response) มี 4 กลยุทธ์ ได้แก่

1. การยอมรับความเสี่ยง (Risk acceptance) เป็นการตกลงกันที่จะยอมรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เนื่องจากไม่คุ้มค่าในการจัดการหรือป้องกันความเสี่ยง ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก แต่ต้องมีการติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ
2. การลด/ควบคุมความเสี่ยง (Risk reduction) เป็นการปรับปรุงระบบการทำงานหรือการออกแบบวิธีการทำงานใหม่ เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย หรือลดผลกระทบ ที่อาจเกิดจากความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่หน่วยงานยอมรับได้ เช่น การจัดอบรมเพิ่มทักษะในการทำงาน การจัดทำคู่มือการปฏิบัติการ เป็นต้น
3. การกระจายหรือ ถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk sharing) เป็นการกระจายหรือถ่ายโอนความเสี่ยงให้หน่วยงานอื่น ช่วยแบ่งความรับผิดชอบไป เช่น การทำประกันภัย ประกันทรัพย์สิน หรือการจ้างบริษัท ภายนอกมาจัดการในงานบางอย่างแทน เช่น งานรักษาความปลอดภัย เป็นต้น

4. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) เป็นการจัดการความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูงมาก และหน่วยงานไม่อาจยอมรับความเสี่ยงนั้นได้จึงต้องตัดสินใจยกเลิกโครงการ/กิจกรรมที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยงนั้นไป

กรอบเวลาการบริหารจัดการความเสี่ยง

ระดับ	A-D , 1-2	E-F, 3-4 , เสี่ยงซ้ำ, คร่อมหน่วยงาน	G-I, 5	Sentinel event
กรอบเวลา การรายงาน	- รายงาน หัวหน้างาน ภายใน 1 วัน	- รายงานหัวหน้างานทันที - หัวหน้างานประสาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ กรรมการความเสี่ยง โปรแกรมที่เกี่ยวข้อง ภายใน 1 วัน	- รายงานหัวหน้างาน ทันที - หัวหน้างานประสาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และกรรมการความ เสี่ยง โปรแกรมที่เกี่ยวข้อง ภายใน 1 วัน	- รายงานหัวหน้างาน ทันที - หัวหน้างานรายงาน เลขา RM - เลขา RM พิจารณา รายงาน คณะกรรมการบริหาร และผู้อำนวยการ
รายงานใน ระบบ HRMS	ภายใน 7 วัน	ภายใน 3 วัน	ภายใน 24 ชั่วโมง	ภายใน 24 ชั่วโมง
การบริหาร จัดการ	- แก้ไขตาม แนวทางที่ระบุไว้ - ทบทวนโดย ผู้เกี่ยวข้อง - วางมาตรการ ป้องกันภายใน 1 เดือน	- แก้ไขตามแนวทางที่ระบุ ไว้ - ทบทวนโดยผู้เกี่ยวข้อง - ทำ RCA และวาง มาตรการป้องกัน ภายใน 14 วัน	- แก้ไขตามแนวทางที่ ระบุไว้ - ทบทวนโดย ผู้เกี่ยวข้อง - ทำ RCA และวาง มาตรการป้องกัน ภายใน 7 วัน	- แก้ไขตามแนวทางที่ ระบุไว้ - ทบทวนโดย ผู้เกี่ยวข้อง รวมถึง คณะกรรมการบริหาร - ทำ RCA ร่วมกับ ศูนย์คุณภาพ และวาง มาตรการป้องกัน ภายใน 3 วัน

ขั้นที่ 4 การตรวจติดตามและประเมินผล (Risk Evaluation)

หมายถึง การนำเหตุการณ์ และความสูญเสียที่เกิดขึ้น มาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการที่ใช้ในการป้องกัน เช่น ติดตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

ตัวชี้วัดระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลเสริมงาม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (3เดือน)
1. อัตราการรายงาน อุบัติการณ์ Near miss : miss	เพิ่มขึ้น	71.12:28.88 (748:305)	80.44:19.56 (789:192)	73.23:26.77 (673:246)	79.45:20.55 (1353:350)	80.15:19.85 (315:78)
2. ร้อยละของหน่วยงาน ที่มีการค้นหาและ รายงานความเสี่ยง	ร้อยละ 100	88.16	91.30	78.26	86.95	69.56
3. ร้อยละของหน่วยงาน ที่มีการทบทวนความ เสี่ยงร้อยละร้อย	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	69.56	81.25
4. จำนวนครั้งของการ รายงานอุบัติการณ์ (ภาพรวม)		1,053	981	919	1,703	393
5. จำนวนครั้งของการ รายงานอุบัติการณ์ความ รุนแรงระดับ E-I		47	38	79	70	17
6. ร้อยละอุบัติการณ์ด้าน คลินิกระดับ E ขึ้นไปทำ RCA	มากกว่า ร้อยละ 80	83.33	100	80.30	74.28	53.33

ภาคผนวก

กระบวนการรายงานความเสี่ยง และอุบัติการณ์

- การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงภายในโรงพยาบาล โดยใช้โปรแกรม HRMS

โรงพยาบาลเสริมงามได้ใช้ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล (Health care risk management system: HRMS) ของ สรพ. ในการรายงานความเสี่ยง และอุบัติการณ์ ตั้งแต่วันที่ 1 มี.ค. 2567 (ซึ่งก่อนหน้านี้ใช้ระบบ Google form และ Google sheet) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

การเข้าใช้งาน

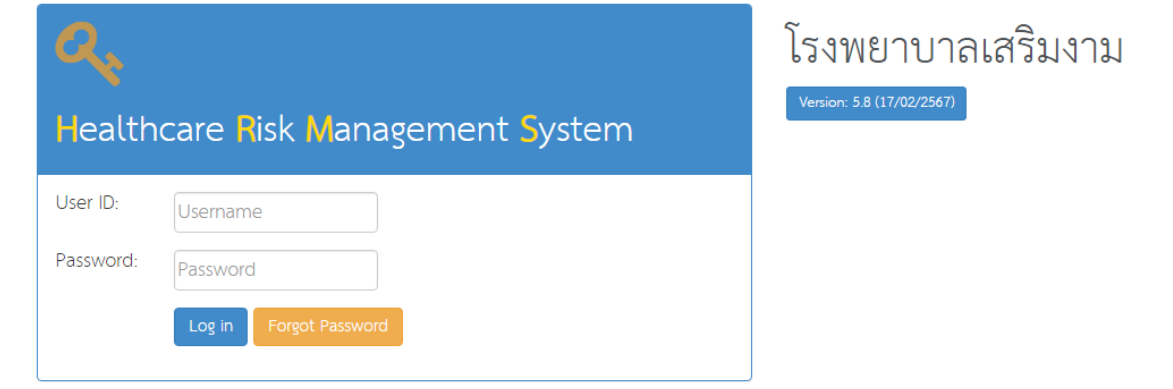
1. เข้าเว็บไซต์โรงพยาบาลเสริมงาม <http://www.soemngamhospital.go.th>
2. คลิก Link สำรองรายงานใช้สำหรับอยู่ภายในโรงพยาบาลเท่านั้น
3. คลิก รูปก้อนเมฆสีฟ้า HRMS
4. หรือ scan QR code หรือคลิกจาก link ในกลุ่ม Line ทีม RM โรงพยาบาลเสริมงาม
5. User ID
 - a. ผู้ปฏิบัติ หรือ หัวหน้างาน ใช้เลขบัตรประชาชน
 - b. กรรมการความเสี่ยง ใช้ชื่อภาษาอังกฤษ
6. การเข้าใช้งานครั้งแรก Password ใช้ a12345 (เข้าไปครั้งแรกจะบังคับให้เปลี่ยน ให้จดจำ user และ password ของตนเพื่อเข้าใช้งานระบบต่อไป)

** หากเข้าใช้งานไม่ได้ให้ติดต่อกลุ่มงาน IT **

หน้าที่	User กรรมการ / ผู้ใช้งาน	User หัวหน้า
กรรมการบริหารความเสี่ยง RMC	CID (ยกเว้นที่ขอชื่ออื่นก่อนหน้า)	-
หัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงาน	CID	-
เจ้าหน้าที่/ผู้ใช้ทั่วไป	CID	-
กรรมการบริหารความเสี่ยง RMC + หัวหน้าหน่วยงาน	ชื่อจริงภาษาอังกฤษ	CID

Password เริ่มต้น a12345



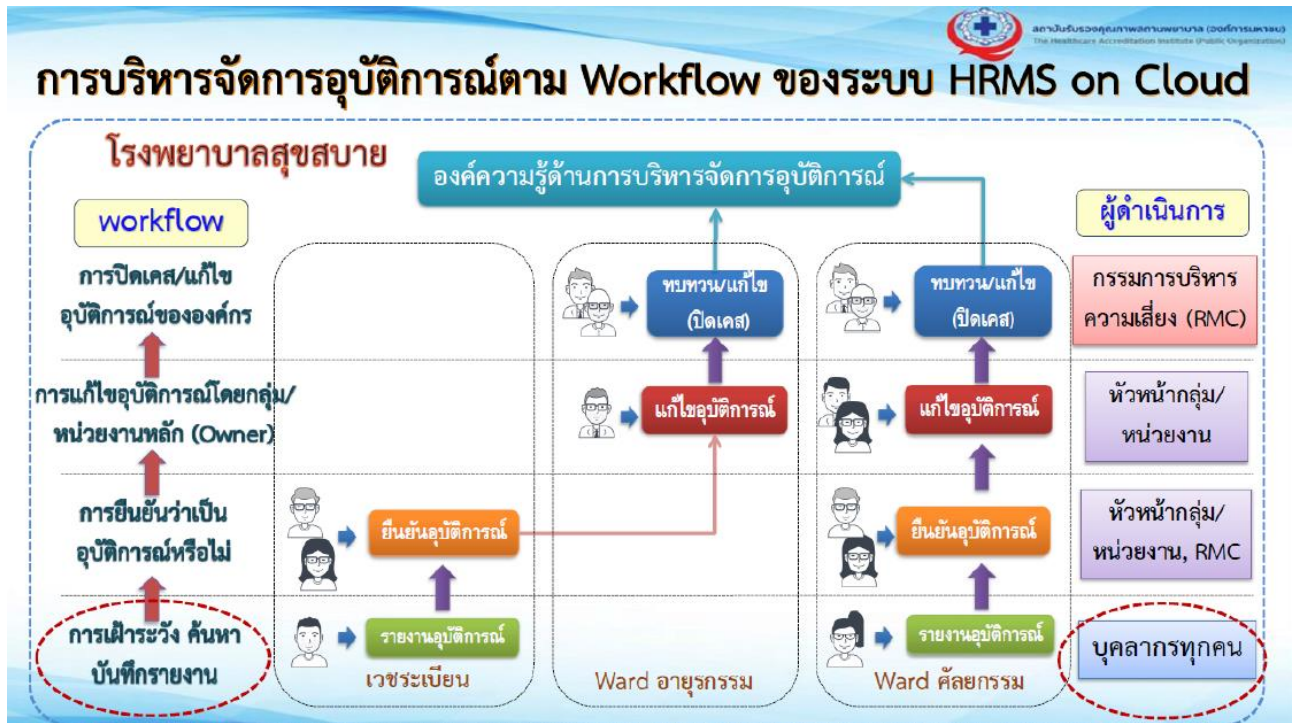


สิทธิ์การใช้งานในระบบ

กลุ่มผู้ใช้งานแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ตามระดับสิทธิ์ บทบาท หน้าที่ ดังนี้

1. **Admin** มีหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบทั้งหมด (ยกเว้นการบริหารจัดการความเสี่ยง)
2. **กรรมการบริหารความเสี่ยง** มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาลทั้งระบบ โดยมีสิทธิ์เข้าถึงรายงานความเสี่ยงได้ทั้งหมด
3. **หัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงาน** มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการความเสี่ยง ของกลุ่ม/หน่วยงาน โดยมีสิทธิ์เข้าถึงรายงานความเสี่ยงได้เฉพาะในกลุ่ม หรือหน่วยงานที่ตนสังกัด เท่านั้น
4. **ผู้กรอกข้อมูล Dataset** มีบทบาทหน้าที่ในการกรอกและบันทึกข้อมูลในชุดข้อมูลกลางของระบบ (data set) ของหน่วยงานต่างๆ ตามที่admin กำหนด
5. **กลุ่มเจ้าหน้าที่ หรือผู้ใช้ทั่วไป** มีบทบาทหน้าที่ในการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พบ สามารถเรียกดูรายงานภาพรวมของระบบได้ตามที่ระบบกำหนด

work flow ระบบการรายงานและการจัดการความเสี่ยงของ HRMS



สถานะของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการบันทึกลงในระบบ สามารถแบ่งเป็นสถานะต่างๆ ดังนี้

1. **วันนี้มีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงใหม่** หมายถึง การแจ้งจำนวนที่มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงใหม่ของวันนี้
2. **อุบัติการณ์ความเสี่ยงรอยืนยัน** หมายถึง อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีการรายงานเข้าระบบ แต่ยังไม่ได้รับการยืนยันว่าเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงจริงหรือไม่ โดยจะหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่กดยืนยัน
3. **ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข** หมายถึง รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการยืนยันแล้วว่าเป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริงในสถานพยาบาล แต่ยังไม่ได้รับการตรวจสอบและแก้ไข จากกลุ่มหรือหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง หรือหน่วยงานที่ถูกระบุให้เป็นผู้แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงรายการนี้ ดังนั้น สถานะรายงานจึงอยู่ระหว่าง รอแก้ไข

4. **อยู่ระหว่างการดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก** หมายถึง รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการแก้ไขของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก ซึ่งได้ตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขแล้ว แต่ยังอยู่ระหว่างการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นๆ คือ ยังไม่ยุติการแก้ไขปัญหาในระดับกลุ่ม/หน่วยงานหลัก (**กลุ่มหน่วยงานหลักหมายถึง ผู้ที่ถูกระบุให้แก้ไขอุบัติการณ์ โดยอาจมีการระบุหน่วยงานร่วม เข้าแก้ไขได้ตามดุลยพินิจของหัวหน้างาน)
5. **อยู่ระหว่างการดำเนินการของคณะกรรมการความเสี่ยง** หมายถึง รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สิ้นสุดการแก้ไขในระดับกลุ่มงานหลักแล้ว โดยกรรมการความเสี่ยงจะเป็นผู้ตรวจสอบผลการแก้ไขปัญหาในระดับกลุ่มงานหลักและยุติการแก้ไขปัญหา (ปิดเคสอุบัติการณ์ความเสี่ยง) โดยแยกเป็น 2 กรณี
 - a. **แก้ไขได้ในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน** (กรณีสิ้นสุดและยุติปัญหาได้ของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก มีความเหมาะสม)
 - b. **แก้ไขได้ในระดับกรรมการความเสี่ยง** (กรณีสิ้นสุดและยุติปัญหาได้ของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก ยังไม่ครอบคลุมหรือไม่เหมาะสม หรือไม่สามารถยุติปัญหาในระดับหน่วยงาน จำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขโดยคณะกรรมการระบบงานสำคัญ)

ติดตามและเฝ้าระวังรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	
วันนี้มีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงใหม่	2
อุบัติการณ์ความเสี่ยง รอยืนยัน	2
ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข	16
อยู่ระหว่างดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก	5
อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง	1

การบันทึกรายงานอุบัติการณ์

1. เข้าสู่ระบบด้วย user และ password ประจำตัว
2. กด **บันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง** และกรอกตามช่องที่กำหนด (**เครื่องหมายดอกจันสีแดง*** หมายถึง จำเป็นต้องกรอก, เครื่องหมาย ****** หมายถึง ข้อมูลตาม standard dataset & terminology ที่ต้องส่งเข้าสู่ระบบ NRLS) โดยข้อความแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

หน่วยงานที่ค้นพบ/บันทึกรายงานอุบัติการณ์* :

ประเภทสถานที่** :

เป็นอุบัติการณ์เรื่องใด** : ดูรายละเอียด

เป็นอุบัติการณ์เรื่องย่อยภายใน รพ. เรื่องใด :

สรุปประเด็นปัญหา/การเกิดอุบัติการณ์** :
เพื่อบอกให้ทราบว่า เกิดปัญหาอะไร เกิดได้อย่างไร (Key word/สาเหตุหลัก) มีความยาวติดต่อกันไม่เกิน 5 บรรทัด (ห้ามใส่ข้อมูล HN, AN หรือข้อมูลใด ๆ ที่บอกให้รู้ถึงตัวบุคคล หรือชื่อ รพ.)

ระดับความรุนแรง** :

ผู้ที่ได้รับผลกระทบ : ** เพศ : ** อายุ** : ปี (เศษของปีน้อยกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 0 ปี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี)

หน่วยงานที่ค้นพบ/บันทึกรายงานอุบัติการณ์* หมายถึง หน่วยงานต้นสังกัด และ/หรือ หน่วยงาน ภายใต้งัดที่ อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ที่ค้นพบเหตุการณ์และเป็นผู้บันทึกรายงานการเกิดเหตุการณ์นั้น ๆ

ประเภท/ชนิด**/สถานที่เกิดเหตุ***: หมายถึง สถานที่ที่เกิดเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยง รายการ นั้น ๆ

เป็นอุบัติการณ์เรื่องใด**: หมายถึง ระบุว่าเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้น เป็น อุตบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องใด (รหัสของอุบัติการณ์ความเสี่ยงจะบอกที่มาว่าเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงของ ประเภทย่อยในประเภท หมวด และกลุ่มอุบัติการณ์ใด)

**** เป็นอุบัติการณ์เรื่องใด** ให้เลือกจากรหัสตามบัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของระบบ NRLS & HRMS on cloud (scan QR code หรือคลิกลิงค์ด้านล่างเพื่อดาวน์โหลดเอกสาร แนะนำให้พิมพ์ออกมา และใช้ปากกาไฮไลท์ความเสี่ยงที่พบย่อยในหน่วยงานของท่านจากบัญชีนี้ เลือกลงมาเป็น risk profile เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังความเสี่ยงในหน่วยงาน) เช่น CPS101 ผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดข้าง (Surgery or other invasive procedure performed on the wrong body part)* เป็นต้น สามารถพิมพ์คำที่ค้นหาได้จากช่อง เช่น “ผ่าตัด”



(QR code บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของระบบ NRLS & HRMS on cloud)

<https://drive.google.com/drive/folders/1XcMVz0iYHyjFmO-smJpdU6l9yHpmwLZm>

เป็นอุบัติการณ์เรื่องย่อภายใน รพ. เรื่องใด : หมายถึง หัวข้ออุบัติการณ์ความเสี่ยงย่อยของแต่ละ รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องนั้น

สรุปประเด็นปัญหา/การเกิดอุบัติการณ์:** หมายถึง การสรุปเรื่องราวการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง พอสังเขป โดยบอกให้รู้ว่าเกิดอะไร อย่างไร

ระดับความรุนแรง:** หมายถึง ระบุว่าระดับความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์/ อุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น อยู่ในระดับใด

ผู้ที่ได้รับผลกระทบ:** หมายถึง ระบุว่าการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น ใครเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบ หลักจากเหตุการณ์นั้น ๆ ทั้งนี้หากเป็นรายบุคคล ให้ระบุ เพศ* และ อายุ* ด้วยเสมอ (การนับอายุให้นับเป็นปี โดยเศษของปี หากน้อยกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 0 ปี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี)

วันที่เกิดอุบัติการณ์:** หมายถึง ระบุว่าวันที่เกิดเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น เกิดวันที่เท่าไร (วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น อาจไม่ใช่วันที่ค้นพบหรือวันที่ลงบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง)

วันที่ค้นพบว่าเกิดอุบัติการณ์*: หมายถึง ระบุว่าวันที่ค้นพบการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นคือวันที่ เท่าไร (อาจเป็นวันเดียวกันกับวันที่เกิดเหตุการณ์ หรือหลังจากที่เกิดเหตุการณ์แล้วก็ได้ แต่ระบบจะไม่อนุญาต ให้ระบุวันที่มากกว่าวันที่ปัจจุบันซึ่งลงบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนี้)

ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ เวน :** หมายถึง ระบุว่ารอบเวลาที่เกิดเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นใน รอบเวรใด หรือหากสามารถระบุเวลาที่ชัดเจนและต้องการระบุเวลาที่เกิดเหตุการณ์จริง ก็ให้เลือก ระบุเวลาที่เกิดเหตุการณ์ ในช่อง หรือ เวลา :

แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติการณ์*: หมายถึง ระบุว่าการค้นพบเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยง รายการนั้น ค้นพบด้วยวิธีการใด

รายละเอียดการเกิดเหตุ*: หมายถึง ให้ระบุรายละเอียดการเกิดเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น ๆ สามารถแนบไฟล์เพิ่มเติมที่ช่อง “เลือกไฟล์” (การกดปุ่ม ครั้งเดียว สามารถแนบไฟล์ได้มากกว่า 1 ไฟล์ หรือหากกดปุ่มเพื่อแนบไฟล์ทีละครั้งระบบจะบันทึกไฟล์ที่แนบล่าสุดเพียงไฟล์เดียว ทั้งนี้ขนาดของไฟล์ แนบรวมกันทั้งหมดต่อการบันทึก รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงครั้งนั้นจะต้องไม่เกิน 10 MB.)

การจัดการเบื้องต้น*: หมายถึง ให้ระบุจากเหตุการณ์/อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนี้ ผู้ที่ค้นพบ ปัญหาและบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง มีการจัดการหรือดำเนินการเบื้องต้นอย่างไรไปแล้วบ้าง สามารถ แนบไฟล์เพิ่มเติมที่ช่อง “เลือกไฟล์”

3. เมื่อกรอกข้อมูลเสร็จแล้วกดปุ่ม “บันทึก” ระบบจะแสดงข้อความแจ้งให้ยืนยันการบันทึกข้อมูล จากนั้นกดปุ่ม “ใช่, ยืนยัน” ระบบจะแสดงข้อความว่าบันทึกข้อมูลสำเร็จ กดปุ่ม “OK” จากนั้นระบบจะแสดงข้อความ ว่าการบันทึกความเสี่ยงนั้นสำเร็จ ให้กดปุ่ม “OK” อีกครั้ง ระบบจะเข้าสู่หน้าจอของการติดตาม เพื่อระวังอุบัติการณ์ ความเสี่ยง

การยืนยัน แก้ไข และการปิดเคสอุบัติการณ์

ติดตามและเฝ้าระวังรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

วันนี้มีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงใหม่	2
อุบัติการณ์ความเสี่ยง รอยืนยัน	2
ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข	16
อยู่ระหว่างดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก	5
อยู่ระหว่างดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง	1

1. สถานะ “อุบัติการณ์ความเสี่ยง รอยืนยัน”

- หลังจากรายงานความเสี่ยงแล้ว ให้แจ้งหัวหน้างานตามกรอบเวลาที่กำหนด
- หัวหน้างาน คลิก “อุบัติการณ์ความเสี่ยง รอยืนยัน” จะเห็นอุบัติการณ์ที่หน่วยงานของตนเป็นผู้รายงาน เท่านั้น สามารถคลิกตรวจสอบข้อมูล และแก้ไขรายละเอียดให้ถูกต้อง และยืนยันว่าเป็นความเสี่ยงหรือไม่
- หากเป็นความเสี่ยงจริง ให้พิจารณาว่าใครควรเป็นผู้ดำเนินการแก้ไข และเลือกว่า เป็นการแก้ไขในระดับใด (ระดับกลุ่มภารกิจ กลุ่มงาน หรือ หน่วยงาน) และระบุ ชื่อ กลุ่ม/หน่วยงานหลักที่แก้ไขปัญหา ทั้งนี้สามารถเลือกเช็คถูกที่ช่อง “ต้องการระบุหน่วยงานร่วมแก้ไขปัญหา” และระบุชื่อหน่วยงาน
- จากนั้นให้กรอกช่อง “ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปัญหา” และระบุวันที่ และกดบันทึก
- จากนั้นระบบจะเปลี่ยนสถานะความเสี่ยงรายการนี้ให้เป็น **“ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข”**

2. สถานะ “ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข” และ “อยู่ระหว่างการดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก”

- หัวหน้างานหน่วยงานหลัก นำความเสี่ยงที่เกิดมาร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุในหน่วยงาน และดำเนินการแก้ไข พร้อมวางมาตรการป้องกัน และ แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมแก้ไข (ถ้ามี) ตามกรอบเวลา

- หัวหน้างานหน่วยงานหลัก คลิกที่ **“ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข”** หรือ **“อยู่ระหว่างการดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก”** เข้าที่เมนู **“บันทึกข้อมูล”** → **“ตรวจสอบข้อมูลเพื่อยืนยัน/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง”** และค้นหารายการความเสี่ยงที่ต้องการแก้ไข คลิกที่ **“แก้ไข”** และเข้าไปกรอกข้อมูลในช่อง **“สรุปประเด็นการจัดการแก้ไขปัญหาของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก*”** สามารถแนบเอกสารการทบทวนได้โดยคลิกที่ **“เลือกไฟล์”**
- หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คลิกที่ **“ยืนยันแล้วเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง/รอแก้ไข”** หรือ **“อยู่ระหว่างการดำเนินการของกลุ่ม/หน่วยงานหลัก”** หรือเข้าที่เมนู **“บันทึกข้อมูล”** → **“ตรวจสอบข้อมูลเพื่อยืนยัน/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง”** และค้นหารายการความเสี่ยงที่ต้องการแก้ไข และคลิกที่รายการความเสี่ยงที่ต้องการแก้ไข คลิกที่ **“ร่วมแก้ไข”** และเข้าไปกรอกข้อมูลในช่อง **“ข้อเสนอแนะ/การดำเนินการร่วมแก้ไขปัญหา*”** สามารถแนบเอกสารการทบทวนได้โดยคลิกที่ **“เลือกไฟล์”**
- ระบุผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน ซึ่งมี 3 กรณี
 1. อยู่ระหว่างการดำเนินการแก้ปัญหาระดับหน่วยงาน
 2. สิ้นสุดการแก้ปัญหาระดับหน่วยงาน โดยยุติปัญหาได้ ให้ระบุระบบงานที่มีการปรับปรุงหรือพัฒนา
 3. สิ้นสุดการแก้ปัญหาระดับหน่วยงาน แต่ไม่สามารถโดยยุติปัญหาได้
- หากสิ้นสุดการแก้ปัญหาระดับหน่วยงานแล้ว กดบันทึก สถานะจะเปลี่ยนเป็น **“อยู่ระหว่างการดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง”**

3. สถานะ“อยู่ระหว่างการดำเนินการของกรรมการความเสี่ยง”

- กรรมการความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น มีหน้าที่ตรวจสอบว่าข้อมูลถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ พิจารณาว่าการแก้ไขและมาตรการมีความเหมาะสม สามารถป้องกันการเกิดซ้ำได้หรือไม่ และบันทึกลงในช่อง **“รายละเอียดการแก้ไขของคณะกรรมการความเสี่ยง”** , **“ผลลัพธ์ทางกระบวนการทำงาน”** และ **“ผลลัพธ์ทางสังคม”** ถ้ามี
- ระบุวันที่สิ้นสุดการแก้ไขปัญหา บันทึก สถานะจะเปลี่ยนเป็น **“อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขแล้ว”**
- **หลังจากนั้นควรมีการแจ้งผลการแก้ไขความเสี่ยงให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ปฏิบัติรับทราบ และปฏิบัติตามแนวทาง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

ระบบรายงาน และการเรียกดูรายงาน

ผู้ใช้งานสามารถเรียกดูรายงานได้ที่เมนู “รายงาน”

(รายละเอียดสามารถศึกษาได้จากคู่มือตาม QR code ด้านล่าง)



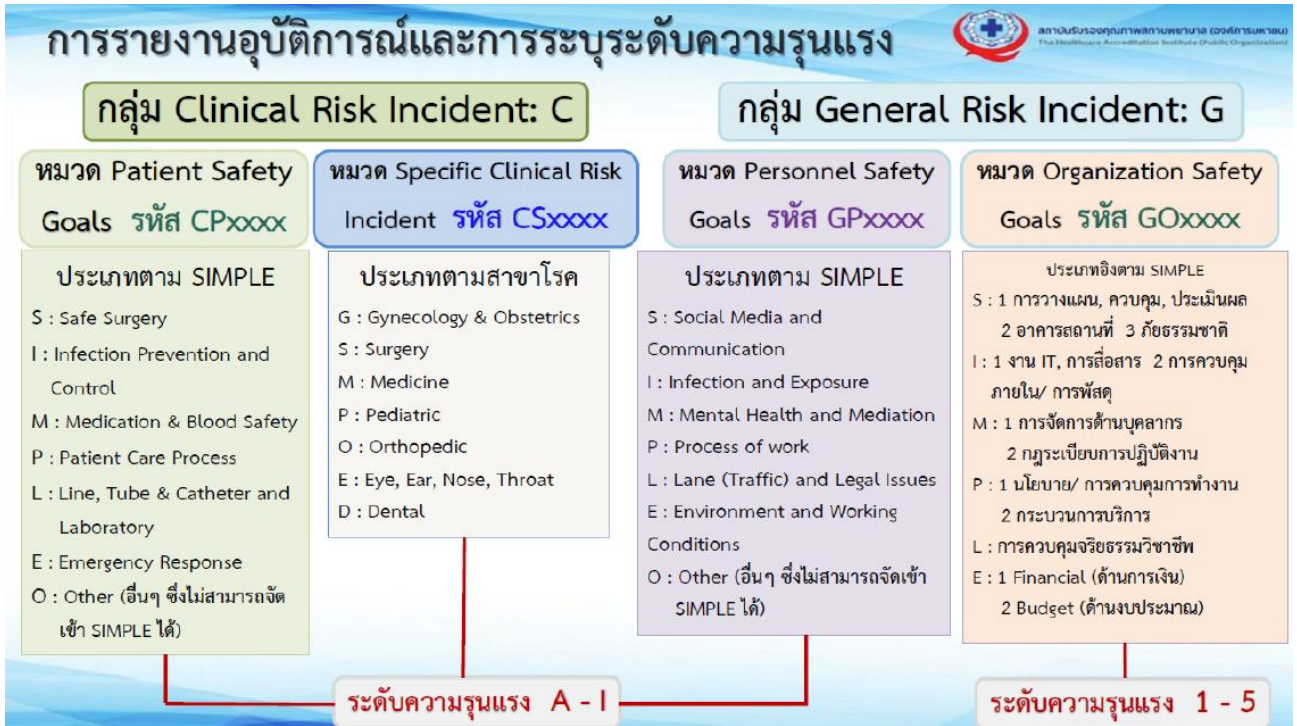
(QR code คู่มือ HRMS แบบละเอียด PDF)

https://thai-nrls.org/UploadFiles/NoticeDocs/0000000079-%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%83%E0%B8%8A%E0%B9%89%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%9A%E0%B8%9A_HRMS_on_Cloud_%E0%B8%9B%E0%B8%B5%E0%B8%87%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%93_2567.pdf

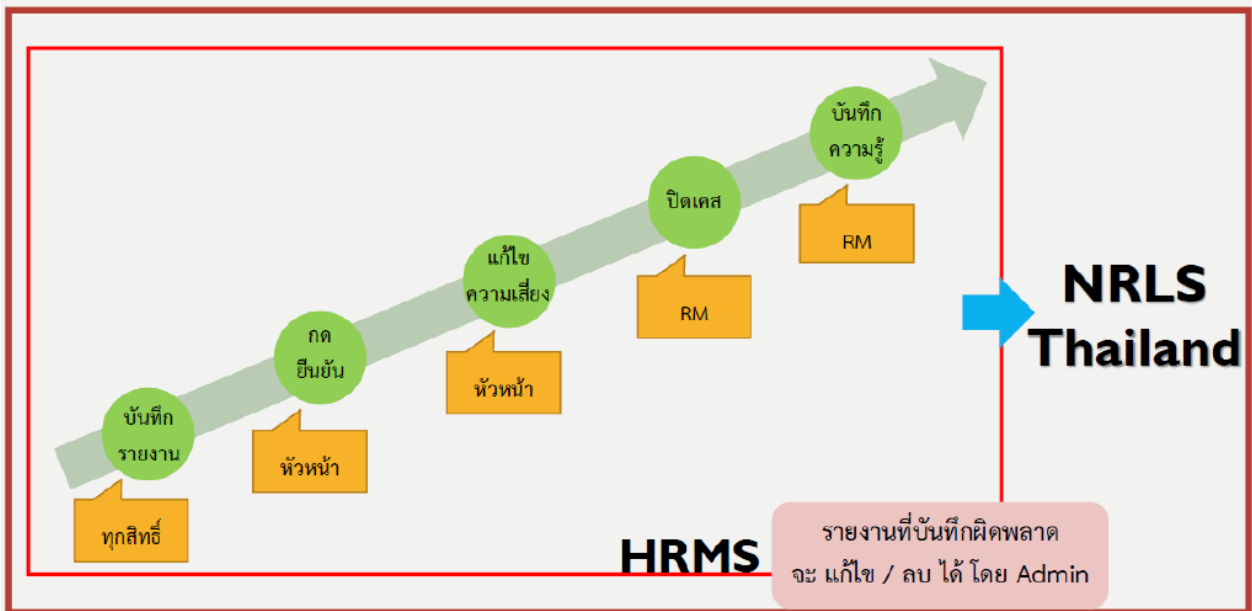


(QR code google drive รวบรวมคู่มือ HRMS แบบย่อ, บัญชีความเสี่ยง HRMS และอื่นๆ)

<https://drive.google.com/drive/folders/1XcMVz0iYHyjFmQ-smJpdU6l9yHpmwLZm>

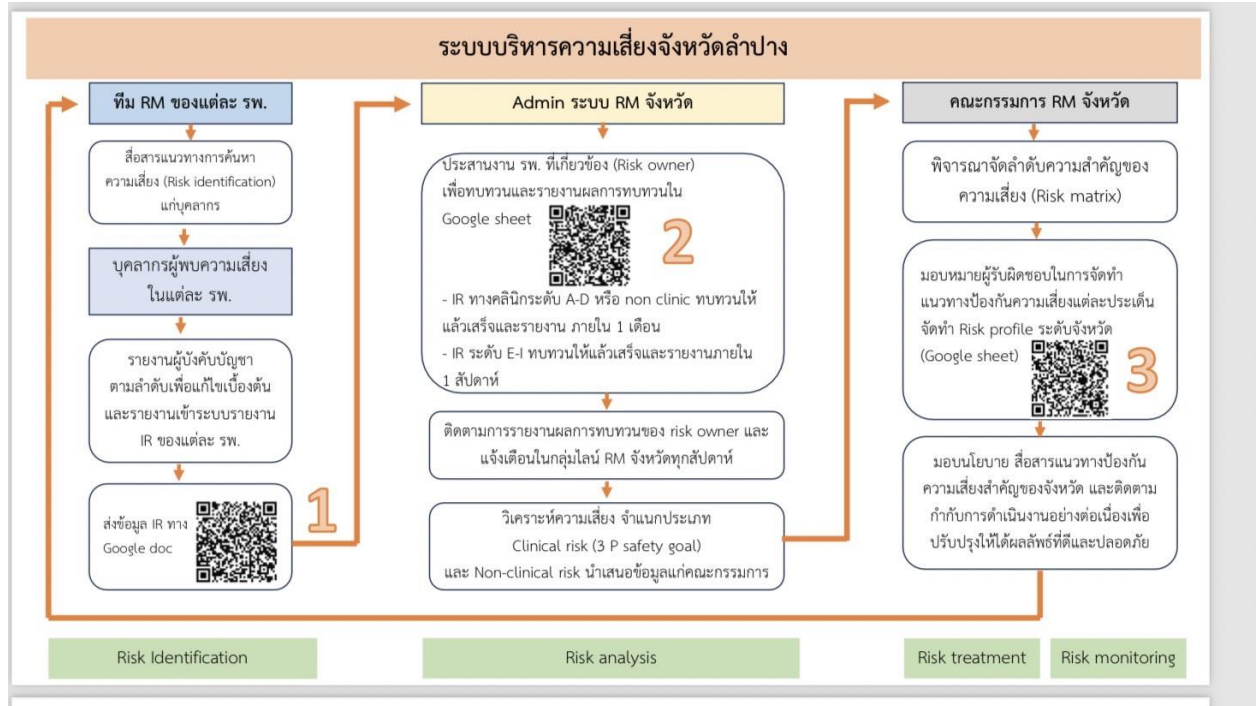


ลำดับขั้นตอนการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง



● การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระหว่างโรงพยาบาล

เช่น ระบบการส่งต่อ รายงานผ่านระบบของคณะกรรมการความเสี่ยงจังหวัดลำปาง



การทบทวน 12 กิจกรรม

เป็นกลไกตรวจจับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่

1. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย : เป็นการตรวจหาปัญหาในเรื่องความเหมาะสมของการดูแลผู้ป่วย อาจพบเหตุเกือบพลาดหรือภาวะแทรกซ้อนและสามารถแก้ไขได้ในทันที
2. การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา : เป็นการตรวจหาปัญหา competency ขององค์กร ความไม่พึงพอใจ ซึ่งอาจจะแฝงอยู่
3. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง : เป็นการทบทวนประสบการณ์ในหน่วยงานของตนเองและองค์กรอื่น โดยไม่ต้องรอให้เกิดเหตุการณ์ก่อน ทีมงานอาจจะนำเหตุการณ์ซึ่งเกิดขึ้นที่อื่นมาพิจารณาในเชิงรุก โดยการถามว่า

“เหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้นในองค์กรของเราได้หรือไม่” ถ้ามีโอกาสก็หาทางป้องกันโดยไม่ต้องรอให้เกิดเหตุการณ์นั้นก่อน

4. การป้องกันและการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 5. การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา
 6. การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีใช้แพทย์ : เป็นการตรวจหาปัญหา competency ของผู้ประกอบวิชาชีพอื่น และเป็นการรวบรวมข้อมูลที่จะเป็นเนื้อหาในการพัฒนา competency หรือการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม
 7. การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ : เป็นการตรวจหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง เช่น การเสียชีวิต การเกิดภาวะแทรกซ้อน
 8. การทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียน : เป็นการตรวจหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือเกือบพลาด ซึ่งบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร การทบทวนหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยแล้วจะทำให้ตรวจจับเหตุการณ์ที่อาจหลุดรอดไปจากรายงานอุบัติการณ์
 9. การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ : เป็นการหาโอกาสปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกโดยไม่ต้องรอให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
 10. การติดตามเครื่องชี้วัดที่สำคัญ : เป็นการศึกษาค่า performance ของระบบว่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจหรือไม่
 11. การทบทวนการใช้ทรัพยากร : ต้นทุนค่ารักษา Unit cost การจัดกำลังคนไม่สอดคล้องกับปริมาณงาน
 12. การทบทวนความคิดเห็น/ข้อร้องเรียน : เป็นการรับทราบความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยอาจมีตั้งแต่ระดับไม่รุนแรงถึงระดับรุนแรงมากไม่ว่าจะเป็นความไม่พึงพอใจในระดับใดก็สามารถสะท้อนปัญหาเชิงระบบขององค์กรได้
-

การจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk profile)

Risk profile คือ รายการความเสี่ยงของหน่วยงานที่อาจเกิดขึ้นหรือเคยเกิดขึ้น ซึ่งหน่วยงานรับผิดชอบรวบรวมจัดทำขึ้นโดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีต การทบทวนกระบวนการทำงานของหน่วยงานเองหรือจากหน่วยงานอื่นๆ และทบทวนเหตุการณ์ต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ พร้อมวางมาตรการในการป้องกันความเสี่ยง ทั้งในระดับโรงพยาบาลและหน่วยงาน

ขั้นตอนการจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk profile) ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 และ 2 ตามรายละเอียดในตาราง

<p>ขั้นตอนที่ 1 ค้นหา/ระบุความเสี่ยง (Risk Identification)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนกระบวนการหลัก - สำรวจสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน - ทบทวนจากบันทึกรายงานเหตุการณ์ - ทบทวนเวชระเบียน - ค้นหาข้อมูลข่าวสาร สื่อต่างๆ ผู้เชี่ยวชาญ - ระดมสมองจากประสบการณ์ของบุคลากร
<p>ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์/ประเมิน/ จัดลำดับความเสี่ยง (Risk Analysis/Assessment)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินผลโดยดูความถี่ ความรุนแรง - จัดทำ Risk matrix โดยนำคะแนนความถี่ X ความรุนแรง - เรียงลำดับความเสี่ยง
<p>ขั้นตอนที่ 3 จัดทำแนวทางการจัดการความเสี่ยง (Risk Response)</p>	<p>กำหนดวิธีการจัดการความเสี่ยง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ป้องกัน : กำหนดมาตรการ จัดทำเป็นคู่มือหรือซื้ออุปกรณ์มาป้องกัน - เลี่ยง : เปลี่ยนวัตถุประสงค์/หยุด - โอน : จ้างบุคคลภายนอก - ลด : ดูแลเอาใจใส่ ประณีประนอม
<p>ขั้นตอนที่ 4 ติดตาม/ประเมินผล (Risk Evaluation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามตัวชี้วัด - กำหนดผู้รับผิดชอบ - ประเมินผล

ขั้นตอนที่ 3 และ 4 คือ การพัฒนาเพิ่มเติมจากบัญชีความเสี่ยงเพื่อให้มีการติดตามและควบคุมเรื่องของความเสี่ยงโดยจัดทำเป็นทะเบียนข้อมูลความเสี่ยง

การประเมินระดับความเสี่ยง จัดทำตารางประเมิน (Risk matrix)

ความรุนแรงของเหตุการณ์/ผล ที่ตามมา (consequence)		โอกาสเกิดเหตุการณ์/ความถี่ (Likelihood)				
		อาจเกิด 1 ครั้งใน 2-5 ปี	อาจเกิด 1 ครั้งต่อปี	เกิดเกือบทุก เดือน	เกิดเกือบทุก สัปดาห์	เกิดเกือบทุก วัน
		remote 1	uncommon 2	occasional 3	probable 4	Frequent 5
I, 5	Catatrophic 5	6	7	8	9	10
G-H, 4	Major 4	5	6	7	8	9
E-F, 3	Moderate 3	4	5	6	7	8
C-D, 2	Minor 2	3	4	5	6	7
A-B, 1	Negligible 1	2	3	4	5	6

เมื่อนำความรุนแรงของเหตุการณ์ บวกด้วย โอกาสเกิดเหตุการณ์ จะได้เป็น risk level คือระดับความสำคัญของ
ความเสี่ยง จัดกลุ่มได้ 4 ระดับ ได้แก่

ระดับ ความ เสี่ยง	ระดับ คะแนน	สี	ความหมาย
สูงมาก	7-10	แดง	Intolerable or Immediate Attention Required / High Risk ระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้ จำเป็นต้องเร่งจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ทันที
สูง	6	ส้ม	Intolerable Attention Required / High Risk ระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้ โดยต้องจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ต่อไป
ปานกลาง	4-5	เหลือง	Intolerable but caution or management Discretion/medium Risk

			ระดับที่พอยอมรับได้ แต่ต้องมีการควบคุมเพื่อป้องกันไม่ให้ความเสี่ยงเคลื่อนย้ายไปยังระดับที่ยอมรับไม่ได้
น้อย	2-3	เขียว	Acceptable or Limited Focus ระดับที่ยอมรับได้ โดยไม่ต้องควบคุมความเสี่ยง ไม่ต้องมีการจัดการเพิ่มเติม

ระดับหน่วยงาน

1. จัดทำ risk profile ของหน่วยงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ส่งคณะกรรมการ RM
2. นำความเสี่ยงที่ได้มาจัดระดับตามตาราง risk matrix ข้างต้น
3. วางแนวทางจัดการความเสี่ยงที่สำคัญระดับปานกลางขึ้นไป โดยการระดมสมอง
 - a. วางแนวทางจัดการเชิงระบบตามหลักวิชาชีพ
 - b. วิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (RCA)
 - c. ในกรณีที่ไม่สามารถหาแนวทางภายในหน่วยงานได้ให้รายงานผู้บังคับบัญชา เพื่อหาแนวทางการจัดการในระดับคณะกรรมการโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง หรือคณะกรรมการบริหาร
4. เผื่อระวังและติดตามการดำเนินงานโดยดูจากอุบัติการณ์ และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง
5. ทบทวนมาตรการที่จัดทำไว้เป็นระยะ และเมื่อเกิดความเสี่ยง
6. จัดทำ risk register สำหรับความเสี่ยงระดับสูงขึ้นไป หรือความเสี่ยงที่เกิดบ่อยแล้วต้องการติดตาม

ระดับโรงพยาบาล

คณะกรรมการ RM รวบรวมความเสี่ยงองค์กรโดยเลือกจากความเสี่ยงระดับสูงของแต่ละหน่วยงาน รวมถึง sentinel event โดยให้ครอบคลุมโปรแกรมสำคัญทุกโปรแกรม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จัดทำ risk profile โรงพยาบาล กำหนด risk owner เพื่อติดตาม วิเคราะห์ ประมวลผล และปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน เพื่อจัดทำเป็น risk register

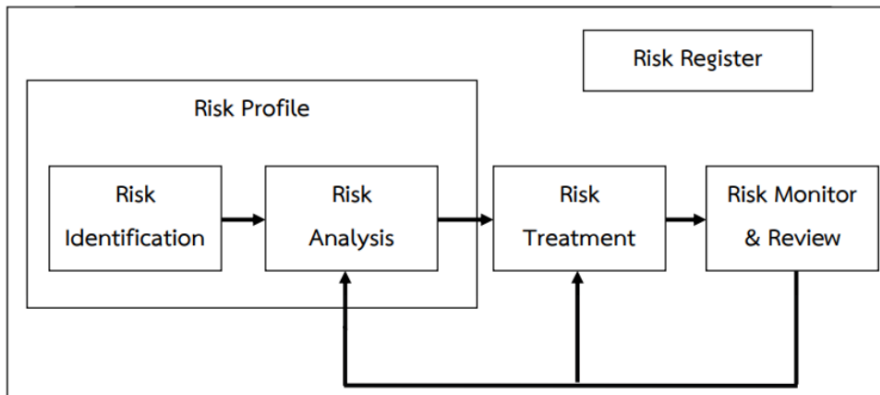
หมายเหตุ ทั้งนี้การประมาณการตัวเลขของความถี่ในการเกิดและความเสียหายที่เกิดขึ้น ควรพิจารณาตามความเหมาะสมกับขนาด ภารกิจและการดำเนินงานขององค์กร ดังนั้นไม่ว่าผลบวกของคะแนนหากออกมาต่ำ แต่มีระดับความรุนแรงเป็น G-1 ถือว่าเป็นความเสี่ยงสูง

ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register)

Risk register คือ เอกสารที่ช่วยในการบริหารจัดการความเสี่ยงที่ครอบคลุมทุกขั้นตอน ตั้งแต่การระบุความเสี่ยง พร้อมทั้งมีการวางแผนในการป้องกัน การจัดการและประเมินผล เพื่อให้การบริหารจัดการความเสี่ยงมีชีวิต มีพลวัตร เห็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่เป็นระบบ

ทุกหน่วยงานจัดทำ **risk register** ของหน่วยงานตน ทบทวนปรับปรุงทุก 3 เดือน และส่งคณะกรรมการ RM ปีละอย่างน้อย 1 ครั้ง

ทีมระบบงานสำคัญ จัดทำ **risk register** ของโรงพยาบาล ในส่วนที่ตนเป็น owner ผ่านโปรแกรม **google sheet** ทบทวนและปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน อย่างน้อยทุก 3 เดือน และส่งคณะกรรมการ RM อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง



Risk register ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. Risk identification

Risk Identification			
Risk ID	Date Added	Risk Title	Risk Definition
เป็นการระบุ ลำดับที่ของ ความเสี่ยงที่ นำเข้า (โดย ระบุเป็น หน่วยงาน แล้วตามด้วย ลำดับ)	ระบุวันที่นำ ความเสี่ยงเข้าทำ Risk register เช่น 1 ตุลาคม 2565	ระบุชื่อความเสี่ยงและ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เช่น แพทย์ชำ ดกเตียง Unplane cpr (หาได้จากคู่มือ HRMS)	เป็นการให้คำนิยามของความเสี่ยงเช่น PPH คือการดก เลือดหลังคลอดมากกว่า 500 ซีซี

2. Risk analysis

Risk Analysis		
Likelihood (frequency)	Consequence (Impact)	Risk Level
1-5	1-5	
โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง ตามเกณฑ์	ระดับของผลกระทบหรือความรุนแรงตาม เกณฑ์การประเมิน Matrix ของโรงพยาบาล	ระดับคะแนนที่เราใช้วิธีการคูณได้ตามเกณฑ์ การประเมิน Matrix แทนด้วยสี

3. Risk treatment plan

Risk Treatment Plan			QI Plan
Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QI Plan
มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตาม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง เพื่อถ่ายโอนความเสี่ยงหรือวิธีการป้องกันความเสี่ยง	ตัวชี้วัดในการติดตาม/การติดตามอุบัติการณ์	การบรรเทาความเสียหาย เช่นการใช้ม.41การเจรจา หรือการให้การรักษาเพื่อบรรเทาผลกระทบจากอุบัติการณ์ให้ลดลงให้บรรเทา	การหาวิธีการใหม่ ๆ คำตอบใหม่เพื่อให้การป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ขึ้น หรือทำให้ดีขึ้น หรือEvidense based ใหม่เพื่อลด ป้องกันการเกิดอุบัติการณ์

4. Risk monitoring and review

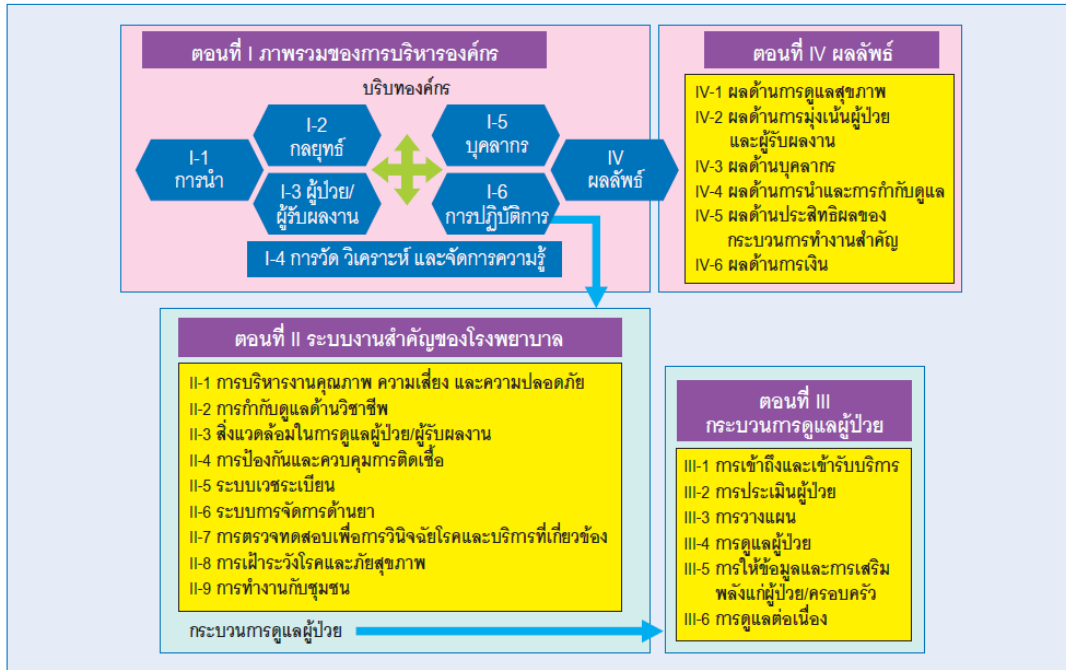
Risk Monitoring & Review			
Risk Owner	Review Frequency	Review Date	Result of Review
กำหนดผู้รับผิดชอบ ความเสี่ยงที่จะนำมาขึ้นทะเบียน risk register หรือ คณะกรรมการ เพื่อกำกับติดตาม และ ประเมินผล	ความถี่ในการทบทวนความ บ่อย ต่ำในการทบทวนอาจ กำหนดเป็นทุกเดือนหรือไตรมาส หรือทุกครั้งที่เกิดหรือ ร่วมกันขึ้นกับลักษณะ อุบัติการณ์และบริบทแต่ละ องค์กร	วันที่ทบทวน	เป็นผลการทบทวนจากการปฏิบัติในมาตรการการ ป้องกัน, การปฏิบัติตาม CPG ,แนวทางที่วางไว้ แนวทางการบรรเทาความเสียหาย, การติดตามประเมินผล ว่าผลการปฏิบัติเป็นอย่างไรบ้างมีโอกาสพัฒนา ทำ ได้ดีเพียงใด นอกจากนี้เป็นการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อสรุปหา สาเหตุหนึ่ง คือเชื่อมต่อกับการทำ RCA จากการทบทวนครั้งสุดท้าย และ ผลการทบทวนทั้งหมดนำมาสู่การวิเคราะห์ เพื่อกำหนด QI plan ต่อไป

รายการ Risk register โรงพยาบาลเสริมงาม

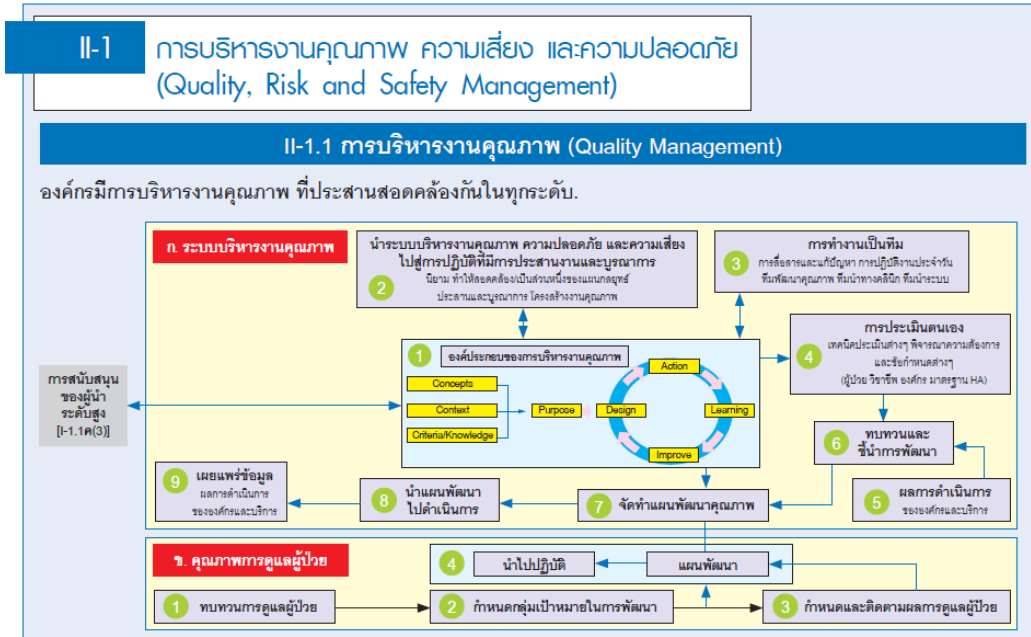
ลำดับที่	เลขทะเบียน	วันที่ขึ้นทะเบียน	เรื่อง	Owner
1	PCT 01	1-ต.ค.-65	ผ่าตัดผิดคน, ผ่าข้าง, ผ่าหัตถการ	PCT
2	IC 01	1-ต.ค.-65	การติดเชื้อสำคัญ	IC
3	IC 02	1-ต.ค.-65	บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	IC
4	PTC 01	1-ต.ค.-65	Medication error	PTC
5	PCT 02	1-ต.ค.-65	การให้เลือดผิดหมู่, ผ่าคน, ผ่าชนิด	Lab
6	PCT 03	1-ต.ค.-65	การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	PCT
7	PCT 04	1-ต.ค.-65	ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย	PCT
8	PCT 05	1-ต.ค.-65	การรายงานผลLab คลาดเคลื่อน	Lab
9	PCT 06	1-ต.ค.-65	การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	ER
10	Sentinel 01	1-มี.ค.-67	รถ Ambulance เกิดอุบัติเหตุ	บริหาร
11	Sentinel 02	1-มี.ค.-67	แพ้ยาซ้ำ	PTC
12	Sentinel 03	1-มี.ค.-67	เกิดการฟ้องร้องจนต้องใช้ ม.41	PCT
13	Sentinel 04	1-มี.ค.-67	อัคคีภัย	ENV
14	Sentinel 05	1-มี.ค.-67	ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในรพ.	PCT
15	Sentinel 06	1-มี.ค.-67	ของมีค่าหาย	ENV

มาตรฐาน HA (ตอนที่ II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง)

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล



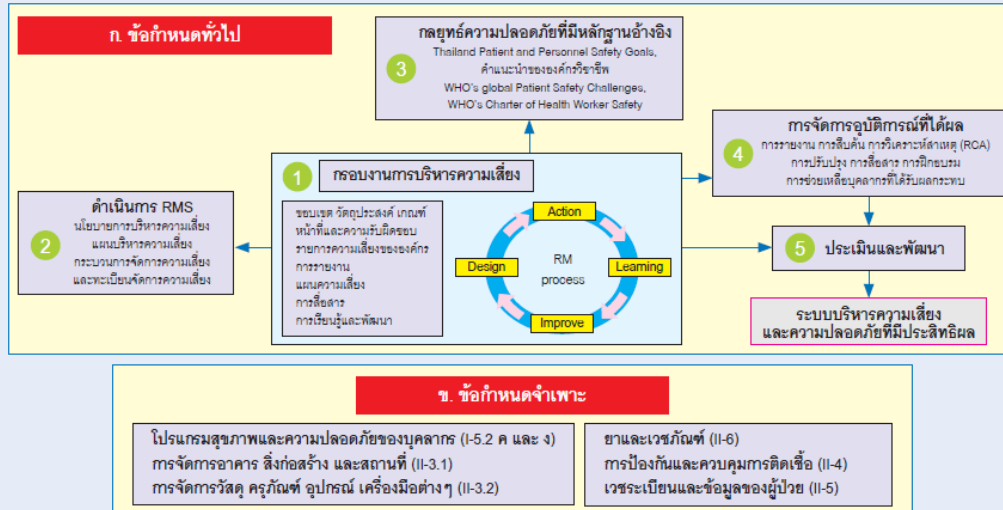
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน.



มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

73

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป (General Requirements)

(1) องค์กรกำหนดกรอบงานการบริหารความเสี่ยง (risk management framework) ซึ่งสนับสนุนการออกแบบระบบ การนำไปปฏิบัติ การอ้าง และการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมาตรการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ. กรอบงานการบริหารความเสี่ยงควรประกอบด้วย:

- ขอบเขต วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง และเกณฑ์สำหรับการประเมินความเสี่ยง;
- หน้าที่และความรับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยง;
- รายการความเสี่ยงขององค์กร อย่างน้อยครอบคลุม ด้านกลยุทธ์ (strategic risk) ด้านคลินิก (clinical risk) ด้านการปฏิบัติการ (operational risk) และด้านการเงิน (financial risk);
- กระบวนการรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์⁶²;
- สรุปแผนความเสี่ยง (risk plan) สำหรับความเสี่ยงที่สำคัญ (major risk);

⁶² องค์กรอาจเข้าร่วมโปรแกรมรายงานอุบัติการณ์ของประเทศ (National Reporting and Learning System: NRLS) โดยบูรณาการข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ขององค์กรกับภาพรวมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาเชิงระบบของประเทศ

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

79

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (vi) กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงกับผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย;
- (vii) ระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเรื่องการบริหารความเสี่ยง.
- (2) องค์กรสนับสนุนการดำเนินการตามกรอบงานของการบริหารความเสี่ยง โดย:
- (i) นโยบายการบริหารความเสี่ยงแสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและแสดงทิศทางในการดำเนินการ;
 - (ii) แผนบริหารความเสี่ยงอธิบายถึงความรับผิดชอบและกรอบเวลาสำหรับการรายงาน การทบทวนและการติดตามความเสี่ยง;
 - (iii) กระบวนการจัดการความเสี่ยง (risk management process) เพื่อป้องกันและสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน⁶³ ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง จากโอกาสที่จะเกิดและความรุนแรงหรือผลที่จะตามมา การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงแต่ละชนิด แผนรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง โดยใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) ที่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันสม่ำเสมอ.

⁶³ ตัวอย่างความเสี่ยงของผู้มาเยือน เช่น ญาติผู้ป่วยล้นหล่มในโรงพยาบาล การติดเชื้อ COVID-19 ของญาติผู้ป่วย เป็นต้น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (3) องค์กรกำหนดและนำกลยุทธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรที่มีหลักฐานอ้างอิงและเหมาะสมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย.
- (i) คำแนะนำตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย (Thailand Patient and Personnel Safety Goals⁶⁴);
 - (ii) คำแนะนำขององค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง;
 - (iii) คำแนะนำที่มีหลักฐานอ้างอิงอื่นๆ เช่น ความท้าทายระดับโลกเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (WHO Global Patient Safety Challenges)⁶⁵ และกฎบัตรเรื่องความปลอดภัยของบุคลากร (WHO Charter on Health Worker Safety) ที่เผยแพร่ โดยองค์การอนามัยโลก เป็นต้น.

⁶⁴ Thailand Patient and Personnel Safety Goals หมายถึง เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย ที่กำหนดโดยคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย ประกอบด้วยหัวข้อหลัก Patient Safety: S-Safe surgery, I-Infection prevention control, M-Medication and Blood Safety, P-Process of Care, L-Line, Tube, and Catheter & Laboratory, E-Emergency Response และ Personnel Safety: S-Security of information and Social media, I-Infection Exposure, M-Mental Health and Mediation, P-Process of Work, L-Lane and Legal, E-Environment Safety

⁶⁵ Global Patient Safety Challenge หมายถึง ประเด็นความท้าทายเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) กำหนดขึ้น และประกาศเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกร่วมกันขับเคลื่อน ประกอบด้วย "Clean Care is Safer Care (2006)", "Safe Surgery Saves Lives (2008)", "Medication without Harms (2017)"

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) องค์กรใช้กระบวนการจัดการอุบัติการณ์ (incident management) ที่ได้ผล. โดยกระบวนการอาจประกอบด้วย:
- (i) การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์⁶⁶ ครอบคลุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร หรือผู้มาเยือน;
 - (ii) การตรวจสอบ สืบค้น วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ⁶⁷ (root cause analysis) และตอบสนองต่ออุบัติการณ์;
 - (iii) การนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อป้องกัน/ลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำหรือบรรเทาความรุนแรงและเสียหาย
 - (iv) การสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;
 - (v) การอบรมบุคลากรเรื่องการระบุนความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์;
 - (vi) การดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ.
- (5) องค์กรประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา.

⁶⁶ ให้ความสำคัญกับอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความไม่ปลอดภัย (safety incidents)

⁶⁷ การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (root cause analysis) หมายถึง การวิเคราะห์ถึงสาเหตุตั้งต้นที่สัมพันธ์กับการบริหารจัดการในเชิงกระบวนการหรือระบบ โดยหากสามารถจัดการหรือควบคุมได้ จะลดหรือป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าวซ้ำ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. ข้อกำหนดจำเพาะ (Specific Requirements)

ระบบบริหารความเสี่ยงดำเนินการแบบบูรณาการไปกับระบบงานที่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ:

- (1) โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร;
- (2) การจัดการอาคาร สิ่งก่อสร้าง และสถานที่;
- (3) การจัดการ วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ;
- (4) ยาและเวชภัณฑ์;
- (5) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;
- (6) เวชระเบียนและข้อมูลต่างๆของผู้ป่วย.