

## การประเมินประเมินประเภท/ระดับความรุนแรงความเสี่ยง

1. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) ระดับความรุนแรงทางคลินิก แบ่งความรุนแรงน้อยไปมาก เป็น ระดับ A – I ดังนี้
  1. ระดับ A เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน
  2. ระดับ B เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ไม่ถึงผู้ป่วย
  3. ระดับ C เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย
  4. ระดับ D เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย ต้องเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย
  5. ระดับ E เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องบำบัดรักษา
  6. ระดับ F เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น
  7. ระดับ G เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย
  8. ระดับ H เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต
  9. ระดับ I เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต
  
2. ความเสี่ยงทั่วไป (Non - Clinical Risk/ General Risk) ระดับความเสี่ยงทั่วไป จะแบ่งความรุนแรงน้อยไปมากเป็น ระดับ 1-4 ดังนี้
  - 2.1 ระดับ 1 มีโอกาสเกิดความเสี่ยง หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความเสียหาย หรือความคลาดเคลื่อน แก่บุคคล โดยไม่สูญเสียทรัพย์สิน
  - 2.2 ระดับ 2 เล็กน้อย หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความเสียหาย แต่ไม่รุนแรง มีผลกระทบต่อบุคคล สิ่งของ เล็กน้อย หรือมีการสูญเสียทรัพย์สิน ไม่เกิน 5,000 บาท
  - 2.3 ระดับ 3 ปานกลาง หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความเสียหายปานกลาง มีเรื่องร้องเรียนในระดับโรงพยาบาล ต้องได้รับการช่วยเหลือ / แก้ไข ผู้ได้รับผลกระทบ หรือ การสูญเสียทรัพย์สิน ตั้งแต่ 5,000 ถึง 50,000 บาท
  - 2.4 ระดับ 4 รุนแรง หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความเสียหายรุนแรง มีเรื่องร้องเรียน / ออกสื่อ นอกโรงพยาบาล ต้องได้รับการช่วยเหลือ / แก้ไข ผู้ได้รับผลกระทบในทันที หรือ การสูญเสียทรัพย์สิน ตั้งแต่ 50,000 บาท

3. **อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Sentinel Event)** อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Sentinel Event) 9 เหตุการณ์ ที่โรงพยาบาลพนัสนิคมกำหนด ถือเป็นระดับรุนแรง ต้องรายงานทันที ได้แก่
1. ผู้ป่วย/บุคคล ฆ่าตัวตาย ถูกทำร้ายร่างกาย/พยายามฆ่า หรือ ถูกฆาตกรรม ในโรงพยาบาล
  2. ผ่าตัดผิดข้าง / ผิดคน / ผิดชนิด
  3. ให้เลือดผิดกรุป จนทำให้เกิด Hemolytic Blood Transfusion Reaction/ การให้ยาผิด / แพ้ยาลูกเข้า จนทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายถาวร / ต้องทำการช่วยชีวิต / เสียชีวิต
  4. มารดาเสียชีวิต หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเนื่องจากการเจ็บครรภ์ หรือการคลอดบุตร
  5. ผู้ป่วย/ทารก ถูกลักพาตัว / สูญหาย ส่งมอบทารกแก่มารดาผิดคน
  6. น้ำท่วม/ ไฟไหม้/ อัคคีภัย / วินาศภัย / โรคอุบัติใหม่
  7. เรื่องที่เลื่องลือ โดยมีข่าวถึงสื่อมวลชน & Social media และมีแนวโน้มถูกฟ้องร้องแน่
  8. บุคคลถูกทำร้ายร่างกายและบาดเจ็บจากการทำงานขั้นรุนแรง เช่น รถ Refer คิว
  9. อุบัติเหตุหมู่และอุบัติเหตุที่เกิดกับบุคคลสาธารณะ (บุคคลที่มีชื่อเสียง)

เหตุเกือบพลาด(Near miss) ได้แก่ ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) ระดับ A – B และความเสี่ยงทั่วไป (Non - Clinical Risk/ General Risk) ระดับ 1

### Safety Goal รพ.พนัส

<b>SIMPLE</b>	ประเด็นที่พัฒนา
<b>S: Safe Surgery</b>	<b>Surgical Safety Checklist</b>
<b>I: IC</b>	<b>ล้างมือ</b>
<b>M: Medication Safety</b>	<b>ADR ช้ำ และ Safe from medication error</b>
<b>P: Patient care Process</b>	<b>Patient Identification , Falling</b>
<b>L: Line Tube &amp;catheter</b>	<b>Tube หลุด เลื่อน</b>
<b>E: Emergency Response</b>	<b>Sepsis, RRT</b>

## เรื่องร้องเรียน

คือ ความเสี่ยงที่ ผู้เสียหายแสดงตนเพื่อเรียกร้องสิ่งใดๆจากผู้กระทำให้เกิดความเสียหาย ถือว่าเป็น ความเสี่ยงที่ต้องอาศัยการจัดการเป็นพิเศษ ในการลดความรุนแรง และอำนาจในการตัดสินใจใช้ความเสียหายเบื้องต้น จึงกำหนดให้ เจ้าหน้าที่ที่พบผู้เสียหาย รายงานตามขั้นตอนการรับเรื่องร้องเรียน อาจมีได้ จากหลายแหล่ง ได้แก่

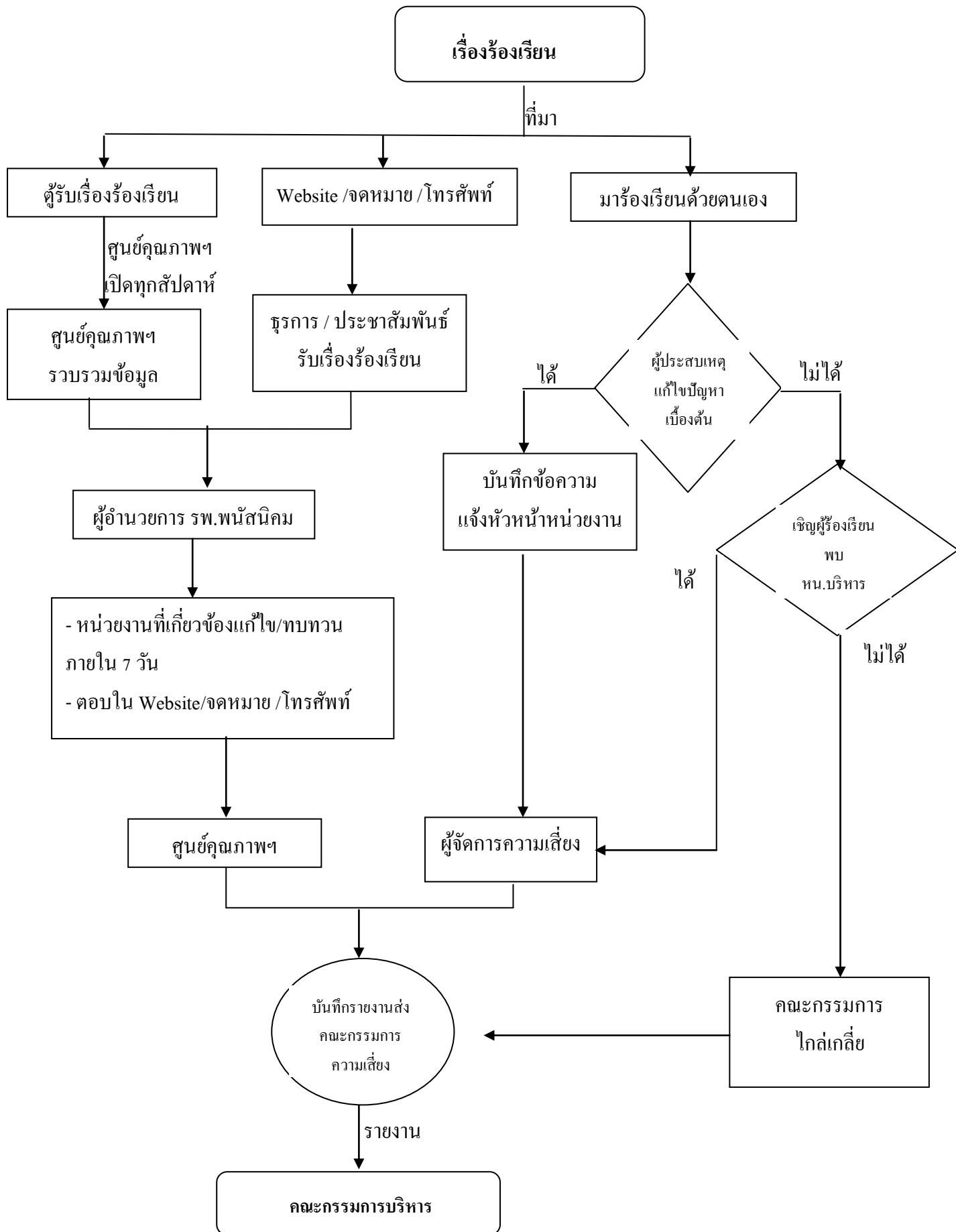
1. การมาร้องเรียน หรือ มีข้อเสนอแนะ ด้วยตนเอง
2. กล้องรับเรื่องราว ข้อเสนอแนะ ของโรงพยาบาลพนัสนิคม
3. กล้องรับเรื่องราว ข้อเสนอแนะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสนิคม
4. ทางโทรศัพท์ / โทรสาร
5. จากทาง เว็บไซต์ (website) ของโรงพยาบาล
6. จากทาง เว็บไซต์ สายตรงผู้ว่าราชการจังหวัด (ศูนย์ดำรงธรรม)
7. จาก หน่วยงานอื่น เช่น สปสช. สำนักงานประกันสังคม สสจ. อบต. สอ. เป็นต้น
8. จากหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น / หนังสือพิมพ์
9. เรื่องจากที่ประชุม ในทุกระดับ
10. อื่นๆ

นโยบายรพ. กำหนดให้ เจ้าหน้าที่ที่พบผู้เสียหาย แก้ไขความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไม่ได้ รายงานฝ่ายบริหาร/กรรมการ ไกล่เกลี่ย ตามขั้นตอน

### คณะกรรมการไกล่เกลี่ย

1. ผู้อำนวยการ
2. รองผู้อำนวยการ
3. ผู้จัดการความเสี่ยง
4. หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
5. หัวหน้างานทุกกลุ่ม

ขั้นตอนการรับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลพนัสนิคม



## โปรแกรมหลัก (Program name)

รหัส	โปรแกรมหลัก
01	PCT สูติกรรม
02	PCT ศัลย์/ENT/Orthro/จักษุ
03	PCT MED
04	PCT PED
05	IC
06	IM/IT
07	ระบบยา
08	ENV/เครื่องมือ
09	LAB/X-RAY/ตรวจพิเศษอื่นๆ
10	การเงิน/การบัญชี/เรียกเก็บ
11	อื่นๆ

## โปรแกรมย่อย

รหัส	โปรแกรมย่อย
01	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
02	การประเมินผู้ป่วย
03	การวางแผน
04	การดูแลผู้ป่วย
05	การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว
06	การดูแลต่อเนื่อง
07	การสั่งใช้ยาคลาดเคลื่อน(Prescribing Error)
08	กระบวนการจัดยาผิด(Processing Error)
09	การจ่ายยาผิด(Dispensing Error)
10	การบริหารยาคลาดเคลื่อน (Administration Error)
11	เรื่องร้องเรียน
12	เครื่องมือ
13	สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
14	การสูญเสียรายได้
15	อื่นๆ

### แบบบันทึกอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Sentinel Event)

**ความเสี่ยงสำคัญ ( Sentinel Event )** หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่คาดการณ์มาก่อน และอาจจะมีผลทำให้เกิดความเสียหายจนถึงแก่ชีวิต หรือส่งผลร้ายแรงทางด้านจิตใจ โดยไม่มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วไม่สามารถระงับได้ในโรงพยาบาล และอาจทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล

วันที่พบเหตุการณ์.....วัน	เหตุการณ์เกิดกับ ( ) ผู้ป่วย ( ) ญาติ ( ) จนท. ( ) สิ่งแวดล้อม
เวลา.....	HN.....
วันที่เขียนรายงาน	Dx. ....
วันที่.....	สถานที่พบเหตุการณ์ .....
	ผู้รายงาน .....

ใส่เครื่องหมาย / ใน  เพื่อระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

<input type="checkbox"/>	1. ผู้ป่วย/บุคคล ฆ่าตัวตาย ถูกทำร้ายร่างกาย/พยายามฆ่า หรือ ถูกฆาตกรรม ในโรงพยาบาล
<input type="checkbox"/>	2. ผ่าตัดผิดข้าง / ผิดคน / ผิดชนิด
<input type="checkbox"/>	3. ให้เลือดผิดกรุป จนทำให้เกิด Hemolytic Blood Transfusion Reaction/ การให้ยาผิด /แพ้ยาซ้ำ จนทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย / ต้องทำการช่วยชีวิต / เสียชีวิต
<input type="checkbox"/>	4. มารดาเสียชีวิต หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเนื่องจากการเจ็บครรภ์ หรือการคลอดบุตร
<input type="checkbox"/>	5. ผู้ป่วย/ทารก ถูกลักพาตัว / สูญหาย ส่งมอบทารกแก่มารดาผิดคน
<input type="checkbox"/>	6. น้ำท่วม/ ไฟไหม้/ อัคคีภัย / วินาศภัย / โรคอุบัติใหม่
<input type="checkbox"/>	7. เรื่องที่เสี่ยง โดยมีข่าวถึงสื่อมวลชน & Social media และมีแนวโน้มถูกฟ้องร้องแน่
<input type="checkbox"/>	8. บุคคลถูกทำร้ายร่างกายและบาดเจ็บจากการทำงานขั้นรุนแรง เช่น รถRefer คิว
<input type="checkbox"/>	9. อุบัติเหตุหมู่และอุบัติเหตุที่เกิดกับบุคคลสาธารณะ (บุคคลที่มีชื่อเสียง)

**หมายเหตุ** แจ้งทันทีและเขียนรายงานส่งประธานความเสี่ยง ภายใน 24 ชั่วโมง

โทร. นางมณี ธาตาดินทร์ 081-8894054, พญ. ชนิษฐา เจริญจรชัย 0815620129 , ภญ. วิลาสินี สัตยาทิพย์ 089 939 2733

บันทึกเหตุการณ์ เหตุการณ์หนึ่งอาจ / ได้หลายข้อโดยขยายความต่อด้านหลัง

สรุปปัญหา/เหตุการณ์โดยย่อ

การแก้ไขเบื้องต้นขณะเกิดเหตุการณ์

แนวทางแก้ไขโดยการหาสาเหตุที่แท้จริง( RCA)

ปัจจัย	สาเหตุ	
1. ผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> 1.1 ความซับซ้อนของโรค <input type="checkbox"/> 1.3 ภาษาและการสื่อสาร <input type="checkbox"/> 1.5 ขาดความรู้ / ขาดทักษะ	<input type="checkbox"/> 1.2 ความรุนแรงของโรค <input type="checkbox"/> 1.4 ความเชื่อไม่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> 1.6 ขาดแรงจูงใจ เหนื่อยล้า
2. ผู้ปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> 2.1 ไม่ทำตามวิธีปฏิบัติที่มีอยู่ <input type="checkbox"/> 2.3 ภาระงานมาก	<input type="checkbox"/> 2.2 ลำดับความสำคัญของงานผิดพลาด
3. ทีมงาน / การสื่อสาร	<input type="checkbox"/> 3.1 ขาดการบันทึกข้อมูลที่สำคัญ <input type="checkbox"/> 3.3 Diag คลาดเคลื่อน	<input type="checkbox"/> 3.2 ขาดการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ <input type="checkbox"/> 3.4 ปัญหาการ consult
4. สิ่งแวดล้อม / เครื่องมือ	<input type="checkbox"/> 4.1 เครื่องมือ CPR ไม่พร้อม <input type="checkbox"/> 4.3 สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> 4.2 เครื่องมือชำรุด/เสีย <input type="checkbox"/> 4.4 มีความไม่ปลอดภัยแก่ทรัพย์สิน
5. นโยบาย / ระเบียบปฏิบัติ	<input type="checkbox"/> 5.1 ไม่มีแนวทางป้องกันความเสี่ยงชัดเจน <input type="checkbox"/> 5.3 ขาดการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่สำคัญ	<input type="checkbox"/> 5.2 ขาดการสื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติ
6. การนำองค์กร/ หน่วยงาน	<input type="checkbox"/> 6.1 ขาดการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น	<input type="checkbox"/> 6.2 ไม่ให้ความสำคัญการทำตามแนวทาง

สรุปความคิดเห็นของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

มีการแก้ไขเหมาะสมแล้ว ให้รวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำสถิติ(ปีประเด็น)

ติดตามข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็น.....

ส่งเรื่องเพื่อวางแนวทางแก้ไข/ป้องกัน โดย ( ) หน่วยงาน .....

( ) คณะกรรมการ.....

( ) องค์กร .....



## วิธีการประเมินผลเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตามวงล้อ PDSA (Plan-Do-Study-Act)

### 1. คำถามในขั้นตอน การออกแบบระบบ/วางแผนทางปฏิบัติ (Plan)

ใครคือผู้รับผลงานของเรา ผู้รับผลงานของเราต้องการอะไร มาตรฐานที่เกี่ยวข้องเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานมีอะไรบ้าง ระบบงานที่มีอยู่ยุ่งยากซับซ้อนเกินไปหรือไม่ วิธีการทำงานที่รัดกุมมีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานควรเป็นอย่างไร มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานที่จำเป็นที่กระชับและเข้าใจง่ายหรือไม่

### 2. คำถามในขั้นตอน การทำตามระบบ(Do)

ผู้ปฏิบัติงานรับทราบระบบ/แนวทางที่กำหนดไว้หรือไม่ ควรมีการฝึกอบรมอะไรเพิ่มเติม แนวทางปฏิบัติอะไรที่ยากลำบากหรือเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ควรมีสิ่งอำนวยความสะดวกอะไรเพื่อให้ทุกคนอยากปฏิบัติด้วยความเต็มใจ การประเมินในขั้นนี้ควรให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง จะทำให้เกิดการรับรู้และจัดสิ่งที่เป็นอุปสรรคออกไป ส่งผลให้ระบบ/แนวทางที่กำหนดไว้ได้รับการปฏิบัติตามมากขึ้น

### 3. คำถามในขั้นตอน ศึกษา/วัด/ทบทวน/ตรวจสอบระบบ (Study)

เราทำได้ดีเพียงใด ใช้อะไรเป็นเครื่องชี้วัด เครื่องชี้วัดของเราเชื่อถือได้หรือไม่ มีหลุมพรางอะไรในการใช้เครื่องชี้วัดดังกล่าว เรานำเครื่องชี้วัดดังกล่าวไปใช้ประโยชน์อะไร

### 4. คำถามในขั้นตอน การแก้ไข/ป้องกัน/ปรับปรุง (Act)

มาตรการป้องกันแก้ไขปัญหามาดีพอหรือไม่ พิจารณาดันเหตุของปัญหาที่แท้จริงหรือไม่ ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการแก้ปัญหาเป็นอย่างไร การแก้ปัญหาคบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ ระบบติดตามการแก้ปัญหาเป็นอย่างไร เราจะทำให้ระบบงานดีขึ้น สมบูรณ์ขึ้น ง่ายขึ้น รัดกุมขึ้น ครอบคลุมมากขึ้น และเกินกว่าสิ่งที่ผู้รับผลงานจะคาดคิดได้อย่างไร เราจะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ขึ้นในระหว่างการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างไร