คู่มือ
การบริหารความเสี่ยง
ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและบุคลากร
และการจัดการข้อร้องเรียน
(Risk and Complaint Management)

โรงพยาบาลเวียงสา

2562

สารบัญ RM

การบริหารความเสี่ยง

-นโยบายการบริหารความเสี่ยง 3

-นโยบายความปลอดภัย 4

-โครงสร้างองค์กรพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 6

-คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและคณะอนุกรรมการรับเรื่องร้องทุกข์ 7

-กระบวนการบริหารความเสี่ยง 9

-การค้นหาความเสี่ยงของโรงพยาบาล 9

-ช่องทางการรายงานความเสี่ยง ข้อร้องเรียน ร้องทุกข์ 10

-การประเมินความเสี่ยง 12

-ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงประเภทคลินิก (Clinic) 12

-ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงประเภททั่วไป (Non Clinic) 13

-Hospital Sentinel Event 13

-แนวทางการรายงานและการจัดการความเสี่ยง 16

-แนวทางการจัดการทะเบียนความเสี่ยง (Risk Register) 17

-ขั้นตอนการลงบันทึกความเสี่ยง ข้อร้องเรียน ร้องทุกข์ในโปรแกรม HOSxP 23

การจัดการข้อร้องเรียน **25**

-คู่มือการจัดการข้อร้องเรียน 26

-แนวทางการเฝ้าระวังและตอบสนองข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลเวียงสา 28

-ขั้นตอนการลงความเสี่ยง ข้อเสนอแนะ ร้องเรียนในโปรแกรม HOSxP 33

-ข้อมูลตัวชี้วัดผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง 37

การบริหารความเสี่ยง

(Risk Management)

ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และบุคลากร

(2P Safety -Patient & Personel Safety)

นโยบายการบริหารความเสี่ยง
โรงพยาบาลเวียงสา

1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเวียงสาทุกคนมีหน้าที่รายงานความเสี่ยง อุบัติการณ์ เหตุร้าย หรือข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล

2. กรรมการความเสี่ยงประจำหน่วยงาน ประเมินความเสี่ยงที่เกิดในหน่วยงาน และจัดทำสรุปรายงานความเสี่ยงประจำเดือน รวบรวมส่งศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง ภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

3. หัวหน้าหน่วยงาน มีการติดตามความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน จัดทบทวนความเสี่ยง จัดทำแนวทางการแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และติดตามผลการแก้ไข

4. ทีมคร่อมสายงาน จัดทำสรุปการรายงานความเสี่ยงที่พบจากการดำเนินงาน รวบรวมส่งศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป ทบทวนอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง วางแนวทางการแก้ไข และติดตามผลการแก้ไข

5. ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง จัดทำรายงานความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ติดตามความก้าวหน้าของการทบทวนอุบัติการณ์ และติดตามผลการแก้ไขในภาพรวม เทียบกับแนวทางการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้

6. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ทำหน้าที่ประสานงาน ทบทวนและพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล สร้างเจตคติที่ดีในโรงพยาบาล รวมทั้งรับรายงานและทบทวนอุบัติการณ์ที่ไม่มีผู้รับผิดชอบ

7. ทีมนำโรงพยาบาล ติดตามสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล แก้ไขอุบัติการณ์เฉพาะที่ไม่สามารถแก้ไขโดยหน่วยงานหรือทีมคร่อมสายงาน และสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมต่อการดำเนินงานระบบบริหารความเสี่ยง

(นายแพทย์กฤตพ่งษ์ โรจนวิภาต)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงสา
๑๓ พ.ค. ๒๕๕๙

นโยบายพัฒนาคุณภาพความปลอดภัย
ในระบบบริการด้านการดูแลผู้ป่วยและด้านบุคลากรโรงพยาบาลเวียงสา

ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2551 เป็นต้นมา โรงพยาบาลเวียงสามีการกำหนดนโยบายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง และในปี 2562 นี้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการบริการเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับยุคปัจจุบัน ทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเวียงสาจึงมีการทบทวนมาตรฐานความปลอดภัยทั้งในด้านการดูแลผู้ป่วย และครอบคลุมถึงความปลอดภัยด้านบุคลากร(Patient & Personel Safety Goals) ขึ้น เพื่อลดระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ จึงขอประกาศนโยบายความปลอดภัยให้แก่บุคลากรทุกหน่วยงานถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ภายใต้หลัก SIMPLE ดังนี้

ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

1) **Safe Surgery (ด้านผ่าตัด)** หน่วยงานที่มีการทำหัตถการซับซ้อนและผ่าตัด ให้มี Surgical Safety Checklist เพื่อให้เกิดความปลอดภัย มีแนวทางเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการผ่าตัด มาตรการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก และผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับการดูแลที่เหมาะสม

2) **Infection Control (ด้านติดเชื้อ)** บุคลากรร่วมมือปฏิบัติในการล้างมือและรณรงค์ในผู้รับบริการ มีแนวทางป้องกันการติดเชื้อจากการทำหัตถการสำคัญ มีแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล เชื่อมโยงสู่ชุมชน

3) **Medication Safety (ด้านยา สารน้ำ เลือด)** ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง ลดอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ มีแนวทางจัดการยากลุ่ม Look-Alike Sound-Alike และดำเนินการความปลอดภัยในการใช้ยาทุกขั้นตอน เชื่อมโยงการใช้ยาในชุมชน ด้านการให้เลือด เจ้าหน้าที่ในทีมปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือดอย่างเคร่งครัด เมื่อพบเหตุการณ์สำคัญให้มีการทบทวนโดยทีม

4) **Patient Care Processes (ด้านการดูแลผู้ป่วย)** ทุกหน่วยบริการผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามแนวทางการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยป้องกันการรักษาผิดคน ปฏิบัติตามแนวทางการรายงานแพทย์ทางโทรศัพท์โดยใช้ ISBAR ปฏิบัติตามแนวทางการแจ้งผลค่าวิกฤติภายในกำหนดเวลา การป้องกันผู้ป่วยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่นเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล พลัดตกเตียง และแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย

5) **Line, Tube & catheter, Lab Result (ด้านอุปกรณ์และผลการตรวจห้องปฏิบัติการ)** ดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยใส่สายรยางค์ต่างๆ มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพเชื่อถือได้

6) **Emergency Response (ด้านความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วย)** ทีมที่เกี่ยวข้องกำหนดให้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน การช่วยฟื้นคืนชีพตามมาตรฐาน ภาวะตกเลือดหลังคลอด มารดาและทารกแรกคลอดปลอดภัย แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่ ER ให้ได้รับการดูแลเร่งด่วน มีการดำเนินการเตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉิน สาธารณภัยในโรงพยาบาล และร่วมดำเนินการเป็นทีม

ด้านความปลอดภัยในบุคลากร

1) **Security and Privacy of Information and Social Media (ความมั่นคงปลอดภัยในสารสนเทศ)** มีแนวทางและสื่อสารแก่บุคลากรเกี่ยวกับความคุ้มครองข้อมูล การเปิดเผยได้ของข้อมูล ความปลอดภัยในการงานข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์

2) **Infection and Exposure (การติดเชื้อในบุคลากรขณะปฏิบัติงาน)** มีการจัดแนวทางการลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสหรือการแพร่กระจายของเชื้อโรคขณะปฏิบัติงาน และสื่อสารฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง หากพบอุบัติการณ์ให้ปฏิบัติตามแนวทางของระบบIC ทันที

3) **Mental Health and Mediation (ภาวะเครียดจากงานและการไกล่เกลี่ยของบุคลากรจากการทำงาน)** โรงพยาบาลกำหนดให้มีนโยบายการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานให้บุคลากร มีทีมในการดำเนินการกรณีมีการกระทบกระทั่งกันระหว่างบุคลากรกับเพื่อนร่วมงาน และบุคลากรกับผู้รับบริการ

4) **Process of Work (ด้านความปลอดภัยในการทำงาน)** บุคลากรทุกคนควรรับการตรวจสุขภาพประจำปี และอาชีวอนามัยเพื่อประเมินสิ่งคุกคามด้านกายภาพ ด้านสารเคมี ด้านรังสีชนิดก่อไอออน และด้านชีวกลศาสตร์ตามความเหมาะสมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

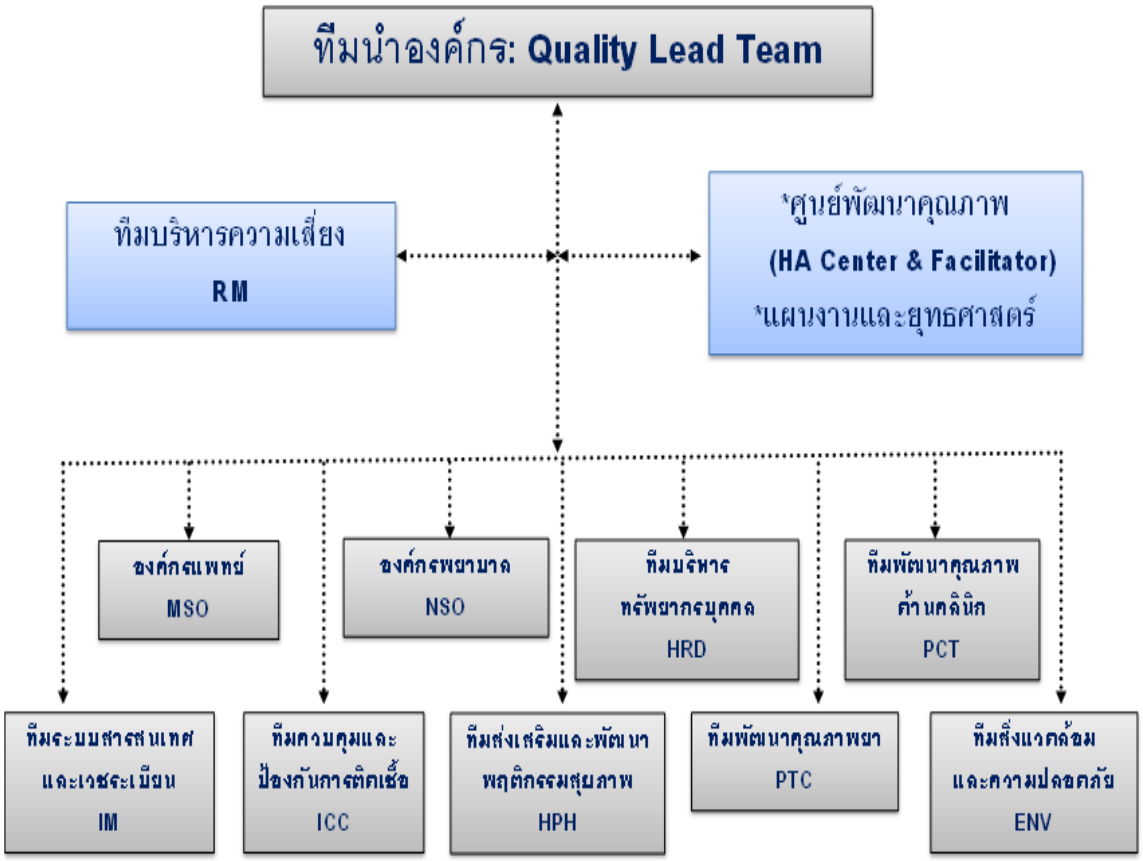
5) **Lane(Ambulance) and Legal Issue (ด้านการส่งต่อผู้ป่วย)** กำหนดให้มีมาตรฐานการดูแลความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการขณะส่งต่อลดการเสียชีวิตและการบาดเจ็บ มีมาตรฐานความปลอดภัยด้านการขับรถปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ พร้อมทั้งมีการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติต่อเนื่อง บันทึกเวชระเบียนครบถ้วน ลดการร้องเรียน

6) **Environment and Working Conditions(ด้านสิ่งแวดล้อม)** มีระบบระบายอากาศและระบบปรับอากาศในสถานพยาบาล ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากบุคลากรสู่ผู้ป่วยและจากผู้ป่วยสู่บุคลากร ทุกหน่วยงานมีการปรับปรุงสถานที่ทำงานให้น่าอยู่น่าทำงานอย่างต่อเนื่องตามบริบท มีมาตรการป้องกันความรุนแรงในห้องฉุกเฉินทั้งด้านวาจา การทำร้ายร่างกาย และการสะกดรอยตาม หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้ดำเนินการตามแนวทาง Violence Control ทันที

ประกาศนโยบายวันที่ 25 เดือน เมษายน พ.ศ. 2562

(นายกฤตพงษ์ โรจนวิภาต)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงสา

โครงสร้างองค์กรทีมพัฒนาคุณภาพ



คำสั่งโรงพยาบาลเวียงสา

ที่ ๑๓๕ /๒๕๖๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการทีมนำพัฒนาคุณภาพและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเฉพาะด้าน

.....

เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเวียงสาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และเอื้อต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามพันธกิจ วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการทีมนำพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คณะกรรมการและอนุกรรมการทีมนำเฉพาะด้านต่างๆ โดยขอยกเลิกคำสั่งโรงพยาบาลเวียงสาที่ ๔๑/๒๕๖๐ และให้ยึดถือตามคำสั่งฉบับนี้เป็นหลักในการดำเนินงานต่อไป

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

(Risk Management: RM)

๑)	นายกฤตพงษ์	โรจนวิภาต	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ(ด้านเวชกรรม)	ประธานกรรมการ
๒)	นางสาวอัญชัญ	เอกอนันต์กุล	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๓)	นายวิทยา	ศรีวิชัยอินทร์	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญงาน	กรรมการ
๔)	นางสาวเวณิกา	โนทา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๕)	นายอุเทน	ใจจะดี	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	กรรมการ
๖)	นายสุเชษฐ์	ณ ฝั้น	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๗)	นายเทียนไชย	รินฤทธิ์	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	กรรมการ
๘)	นางอรพรรณ	สุสละ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙)	นายชำนาญ	พิเคราะห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๐)	นางกัลยา	พันธุ์แก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๑)	นางสาวณัฐปภัส	กุณพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๒)	นางวัชรียา	ชูเถื่อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๓)	นางสุภาณี	ทะนันไชย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๔)	นางสุพัฒน์	กันทะโฮ้ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๕)	นางวชิราภรณ์	ไชยยา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๖)	นางเนืองนิตย์	สมปานวัง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๗)	นางเยาวลักษณ์	ดิลกธนานันท์	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน	กรรมการ
๑๘)	นางสาวกัลยาณี	ผลภาษี	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๑๙)	นางสุมาลี	อนุรุด	เจ้าหน้าที่ธุรการ	กรรมการ
๒๐)	นายนพรัตน์	เฟื่องฟู	นายช่างเทคนิคปฏิบัติงาน	กรรมการ
๒๑)	นายศุภกร	ธีระไพรพฤกษ์	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	กรรมการ
๒๒)	นางสาววรารัตน์	สีสนิท	นักการแพทย์แผนไทย	กรรมการ

๒๓)	นายพงษ์นิวัฒน์	คำลือ	พนักงานขับรถยนต์	กรรมการ
๒๔)	นางกฤษณา	บุณโยประการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๒๕)	นางสาววราพร	พิมสาร	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการแลผู้ช่วยเลขานุการ

บทบาทหน้าที่

๑. บริหารจัดการ พัฒนา ออกแบบระบบความเสี่ยง ตั้งแต่กระบวนการค้นหา การประเมิน-วิเคราะห์ความเสี่ยง การควบคุมกำกับติดตามความเสี่ยง และการประเมินผล ครอบคลุมความเสี่ยงทุกประเภทให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือหลากหลาย มีการใช้ Risk Profile และ Risk Register ในการ monitor ความเสี่ยงสำคัญขององค์กร

๒. จัดทำนโยบาย แนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงและข้อร้องเรียนในโรงพยาบาล และสื่อสารให้ทุกฝ่ายที่ เกี่ยวข้องทราบ

๓. มีการควบคุมกำกับติดตามความเสี่ยงใน Risk Profile ในโปรแกรมการรายงานความเสี่ยง HOSxP มีการติดตามการขึ้นทะเบียนความเสี่ยง Risk Register เพื่อ monitor ความเสี่ยงสำคัญขององค์กรทุก ๑ เดือน

๔. เชื่อมประสานให้หน่วยงาน และทีมนำเฉพาะด้านดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดไว้

๕. กระตุ้น สร้างความตื่นตัว เจตคติที่ดีทั่วทั้งองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

๖. จัดทำบัญชีความเสี่ยงสำคัญระดับโรงพยาบาล(Risk Register) ความเสี่ยงสำคัญระดับหน่วยงาน(Risk profile)

๗. กำหนดให้ทีมนำ และทีมนำเฉพาะด้านทุกทีมมีการขึ้นทะเบียน Risk Register เพื่อควบคุมกำกับติดตามความเสี่ยงทางคลินิกระดับ E-I และความเสี่ยงทั่วไป(Non clinic) ระดับ ๒ -๓

๘. รายงานผลการพัฒนางานจากความเสี่ยงสำคัญที่ขึ้นทะเบียนในที่ประชุม RM ประจำเดือน และแจ้งประสานผ่านการประชุมกรรมการทีมนำพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล หรือกรรมการบริหารโรงพยาบาลตามวาระทุกเดือน

๙. ร่วมกับทีมนำในการนำข้อมูลความเสี่ยงทางคลินิกของโรงพยาบาล เพื่อกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยในโรงพยาบาลในแต่ละปี (Patient Safety Goals)

๑๐. สรุป วิเคราะห์ความเสี่ยงในภาพรวม แจ้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และทีมนำทราบ

คณะอนุกรรมการรับเรื่องร้องทุกข์ และเจรจาไกล่เกลี่ย

๑)	นายกฤตพงษ์	โรจนวิภาต	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ(ด้านเวชกรรม)	ประธานอนุกรรมการ
๒)	นางกัลทลี	ไชยศิลป์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	อนุกรรมการ
๓)	นางสาวสยุมพร	สมประสิทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	อนุกรรมการ
๔)	นางสาวณัฏฐปภัส	กุณพันธุ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	อนุกรรมการ
๕)	หัวหน้าฝ่าย/ หัวหน้างานที่เกี่ยวข้องเหตุการณ์			อนุกรรมการ
๖)	นางกฤษณา	บุณโยประการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	อนุกรรมการและเลขานุการ

<u>บทบาทหน้าที่</u>

๑. รับเรื่องราวร้องทุกข์ ความคิดเห็นต่างๆจากผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ตู้แสดงความคิดเห็น และ

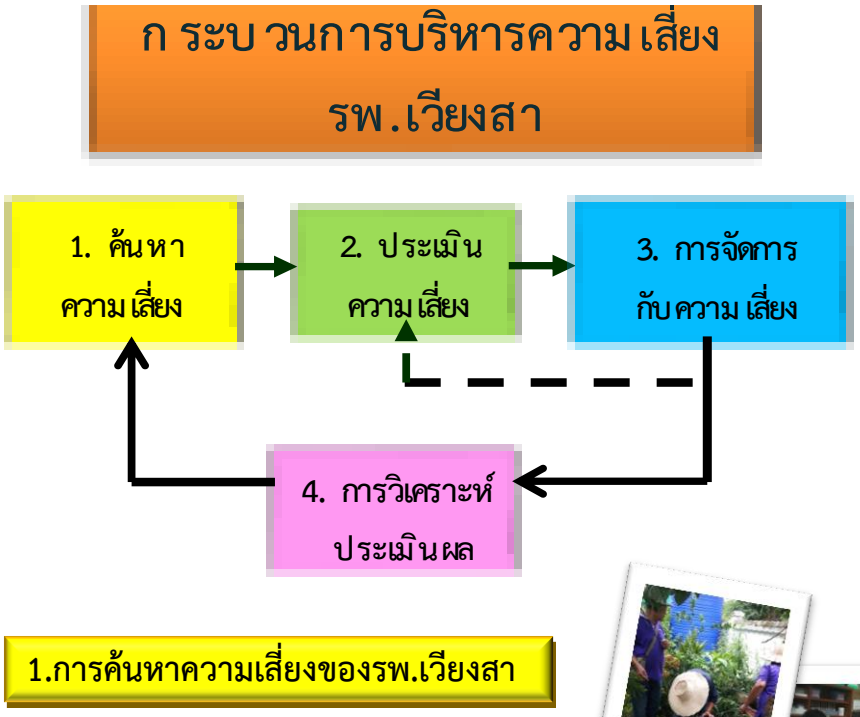
ช่องทางอินเตอร์เน็ตต่างๆ

๒. สรุป รวบรวม คัดแยกตามข้อ๑ ประสานงานผู้เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไข

๓. จัดทำแผนขั้นตอนดำเนินงานการจัดการความขัดแย้ง เผยแพร่ให้ทุกคนในรพ.ทราบและนำไปปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน

๔. ประสานการดำเนินการ หรือกำกับดูแล การจัดการความขัดแย้งเพื่อให้ได้ข้อยุติ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดการความขัดแย้ง และดำเนินเรื่อง ม.๔๑ ไประดับจังหวัดกรณีมีเรื่องราวร้องทุกข์

๕. พัฒนากระบวนการ เครือข่าย ตลอดจนให้ความรู้ด้านการจัดการความขัดแย้งแก่บุคลากรในรพ.



1.การค้นหาความเสี่ยงของรพ.เวียงสา

<u>เชิงรุก</u> ได้แก่

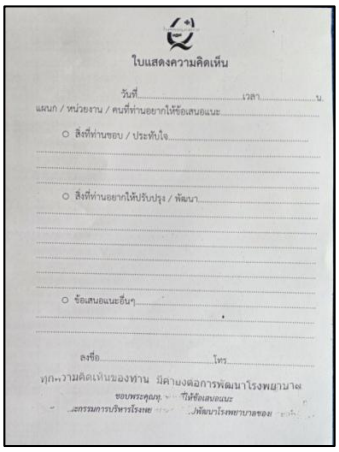
- จาก IC, RM, ENV round
- จากเหตุการณ์รุนแรงของโรงพยาบาลอื่น
- จากการ IS ของทีมนำ / จากการเยี่ยมสำรวจภายนอก
- จากการตามรอยเหตุการณ์สำคัญ /เวชระเบียน (Trigger Tools)
- จากการทบทวนตามมาตรฐานความปลอดภัย(2P SAFETY -SIMPLE)
- การนิเทศทางการพยาบาล

<u>เชิงรับ</u> ได้แก่

- การทบทวน 12 กิจกรรม
- รายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์สำคัญ
- ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่
- จากงานประจำของเราแล้วเกิดการปฏิบัติงานที่ไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ อาจเกิดหรือยังไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย/หน่วยงาน/ตัวเรา/องค์กร/ชุมชน
- การรับ-ส่งเวรแต่ละหน่วยงาน

ช่องทางการรายงานความเสี่ยง ข้อร้องเรียน ร้องทุกข์

- รายงานช่องทาง HOSXP (**รายละเอียดในเอกสารแนบท้ายคู่มือ)
- บันทึกในสมุดรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน
- ตู้รับความคิดเห็นรพ. / ผู้อำนวยการ
- แจ้ง หรือ สื่อสารผ่านกรรมการความเสี่ยง รพ.
- รายงานทางไลน์ รพ. / ไลน์กลุ่ม RM รพ.
- ช่องทางรับเรื่องร้องทุกข์ในเว็บไซต์โรงพยาบาลเวียงสา



ขอรายงานสรุปผลการดำเนินการเรื่องร้องเรียนของโรงพยาบาลเวียงสา ประจำปี 2561(ตค.60-มีค.61)

ขอรายงานสรุปผลการดำเนินการเรื่องร้องเรียนของโรงพยาบาลเวียงสา ประจำปี 2561(ตค.60-มีค.61)

*** ดาวโหลดเอกสารสรุปผลการดำเนินการ เรื่องข้อร้องเรียน ประจำปี 2561 ***

PREVIOUS ARTICLE
ขออนุมัติเผยแพร่คู่มือป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนบนเว็บไซต์

NEXT ARTICLE
โรงพยาบาลเวียงสาและเครือข่ายกู้ชีพกู้ภัยอำเภอเวียงสาร่วม ซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ปี 2561

ABOUT THE AUTHOR / ศุภกร ธีรไพรพฤกษ์

แสดงความเห็น

Your email address will not be published. Required fields are marked *

นายแพทย์กฤตพงษ์ โรจนวิภาต
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงสา

ค้นหา

Search...

หมวดหมู่

- กิจกรรมร่วมหน่วยงานอื่น
- กิจกรรมโรงพยาบาลเวียงสา
- ข่าวประชาสัมพันธ์ถึงผู้รับบริการ
  - ข่าวประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลเวียงสา
- ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล
- จัดซื้อจัดจ้าง
- ตารางการให้บริการ
- วารสารโรงพยาบาลเวียงสา
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงสา

+ LATEST

โครงการดูแลพิเศษ ผู้ป่วยดูแลต่อเนื่อง

2. การประเมินความเสี่ยง

ประเภทความเสี่ยงใน รพ.เวียงสา แบ่งเป็น 2 ประเภท

- ความเสี่ยงประเภทคลินิก (Clinic) มีจำนวน 3 โปรแกรม
- ความเสี่ยงประเภททั่วไป (Non Clinic) มีจำนวน 8 โปรแกรม
- โปรแกรม 9.1 ข้อเสนอแนะ ร้องเรียน จัดเป็นโปรแกรมที่ต้องมีการจัดการ 100 % ไม่เข้าระบบการจัดระดับความรุนแรง
- โปรแกรม 99 ข้อชื่นชม จัดเป็นโปรแกรมพิเศษ เพื่อสะดวกในการจัดการช่องทางการจัดเก็บข้อมูลในระบบ HosxP

ดังนี้

ความเสี่ยงประเภทคลินิก (Clinic)	ความเสี่ยงประเภททั่วไป (Non clinic)
โปรแกรม 1 การดูแลผู้ป่วย	โปรแกรม 4 ด้านบุคลากร
โปรแกรม 2 การติดเชื้อ	โปรแกรม 5 ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
โปรแกรม 3 ยา สารน้ำ และเลือด	โปรแกรม 6 ด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม
	โปรแกรม 7.1 ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
	โปรแกรม 7.2 ด้านเวชระเบียน
	โปรแกรม 8.1 ด้านบริหารจัดการ(การเงิน การคลัง)
	โปรแกรม 8.2 ด้านบริหารจัดการ(อื่น ๆ)
	โปรแกรม 9.1 ข้อเสนอแนะ ร้องเรียน
	โปรแกรม 99 ข้อชื่นชม

ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงประเภทคลินิก(Clinic)

- จัดให้มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ A-I
- ใช้สำหรับ /ผู้ดูแลความเสี่ยงเชิงระบบ
  - โปรแกรม 1 การดูแลผู้ป่วย / ทีม PCT
  - โปรแกรม 2 การติดเชื้อ / ทีม IC
  - โปรแกรม 3 ยา สารน้ำ และเลือด / ทีม PTC และ LAB

  ดังนี้

ระดับรุนแรง	ความหมาย	เทียบระดับกับความเสี่ยงทั่วไป
A	ยังไม่เกิดเหตุการณ์แต่มีความเสี่ยง/ มีโอกาสเกิดความผิดพลาด	1
B	เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นแล้ว แต่ยังไม่มีผลกระทบใดๆถึงผู้ป่วย	1
C	เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบถึงผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย	2
D	เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	2
E	เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วย เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/ รักษาเพิ่มมากขึ้น	2
F	เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยต้องรักษา/ นอน รพ.นานขึ้น	2
G	เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาด มีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ ความเชื่อถือ อาจฟ้องร้อง/ มีผลระยะยาว หรือทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร	3
H	เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต(CPR / refer ICU) เสียชื่อเสียง หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหาย	3
I	เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียง มีการฟ้องร้องทางศาล/ สื่อ	3

ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงประเภททั่วไป

- จัดให้มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ 1-3
- ใช้สำหรับ
  - โปรแกรม 4 ด้านบุคลากร / ทีม HRD
  - โปรแกรม 5 ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย / ทีมอาชีวอนามัย
  - โปรแกรม 6 ด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม / ทีม ENV
  - โปรแกรม 7.1 ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ / ทีม IM, IT
  - โปรแกรม 7.2 ด้านเวชระเบียน / ทีม MRA
  - โปรแกรม 8.1 ด้านบริหารจัดการ(การเงิน การคลัง) / ทีม CFO
  - โปรแกรม 8.2 ด้านบริหารจัดการ(อื่นๆ) / ทีมบริหาร และงานสนับสนุน

ความเสี่ยงทั่วไป	ความรุนแรง ระดับ 1	ความรุนแรง ระดับ 2	ความรุนแรง ระดับ 3
ด้านบุคลากร	มีโอกาสเกิดข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ การแต่งกาย แต่ยังไม่เกิด	เกิดข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ การแต่งกาย ไม่กระทบรุนแรง	เกิดข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ การแต่งกาย กระทบรุนแรง /ออกสื่อสร้างความเสียหายองค์กร
ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	เกิดความเสี่ยงหรือความไม่ปลอดภัยในงานแต่ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้รับอันตราย	เกิดอันตรายในงานจนทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับอันตรายชั่วคราว	เกิดอันตรายในงานจนทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับอันตรายอย่างถาวรหรือเสียชีวิต
ด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม	เกิดความเสี่ยงหรือความเสียหาย แต่ไม่มีผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน	เกิดความเสียหายซึ่งส่งผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน ทำให้เกิดความล่าช้า (< 2 ชม)	เกิดความเสียหายซึ่งส่งผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน ทำให้หยุดชะงัก หรือ มีผลกระทบต่อชุมชน
ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT)	เกิดความเสี่ยงหรือความเสียหาย แต่ไม่มีผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน	เกิดความเสียหาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน ทำให้เกิดความล่าช้า (< 2 ชม.)	เกิดความเสียหาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน ทำให้หยุดชะงัก
ด้านเวชระเบียน	เกิดความเสียหาย แต่ไม่มีผลกระทบต่อหน่วยงาน/องค์กร หรือมีมูลค่าความเสียหายน้อยกว่า 5,000 บาท/1 เวชระเบียน	-เกิดความเสียหาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน ทำให้เกิดความล่าช้า หรือมีมูลค่าความเสียหาย5,001-10,000 บาท/1 เวชระเบียน	-เกิดความเสียหาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อองค์กร ทำให้เกิดความล่าช้ามาก หรือมีมูลค่าความเสียหายมากกว่า 10,000 บาท/1 เวชระเบียน
บริหารจัดการ (การเงิน-การคลัง)	มูลค่าความเสียหาย < 10,000 บาท	มูลค่าความเสียหาย 10,000- 99,999 บาท	มูลค่าความเสียหาย ≥ 100,000 บาท

ความเสี่ยงทั่วไป	ความรุนแรง ระดับ 1	ความรุนแรง ระดับ 2	ความรุนแรง ระดับ 3
บริหารจัดการ (อื่นๆ)	เกิดความเสี่ยง หรือความเสียหาย แต่ไม่มีผลกระทบ ต่อผู้รับผลงาน	เกิดความเสียหาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้รับ ผลงานทำให้ เกิดความล่าช้า	เกิดความเสียหาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้รับ ผลงานทำให้ภารกิจ หยุดชะงัก

(Hospital Sentinel Event)

เหตุการณ์เฝ้าระวังสำคัญของ รพ.เวียงสา

รายงานผู้อำนวยการทันที
(081-716-7646)

รายงานหลังแก้ไขเหตุการณ์ใน 24 ชม.
ID : krittapong2525

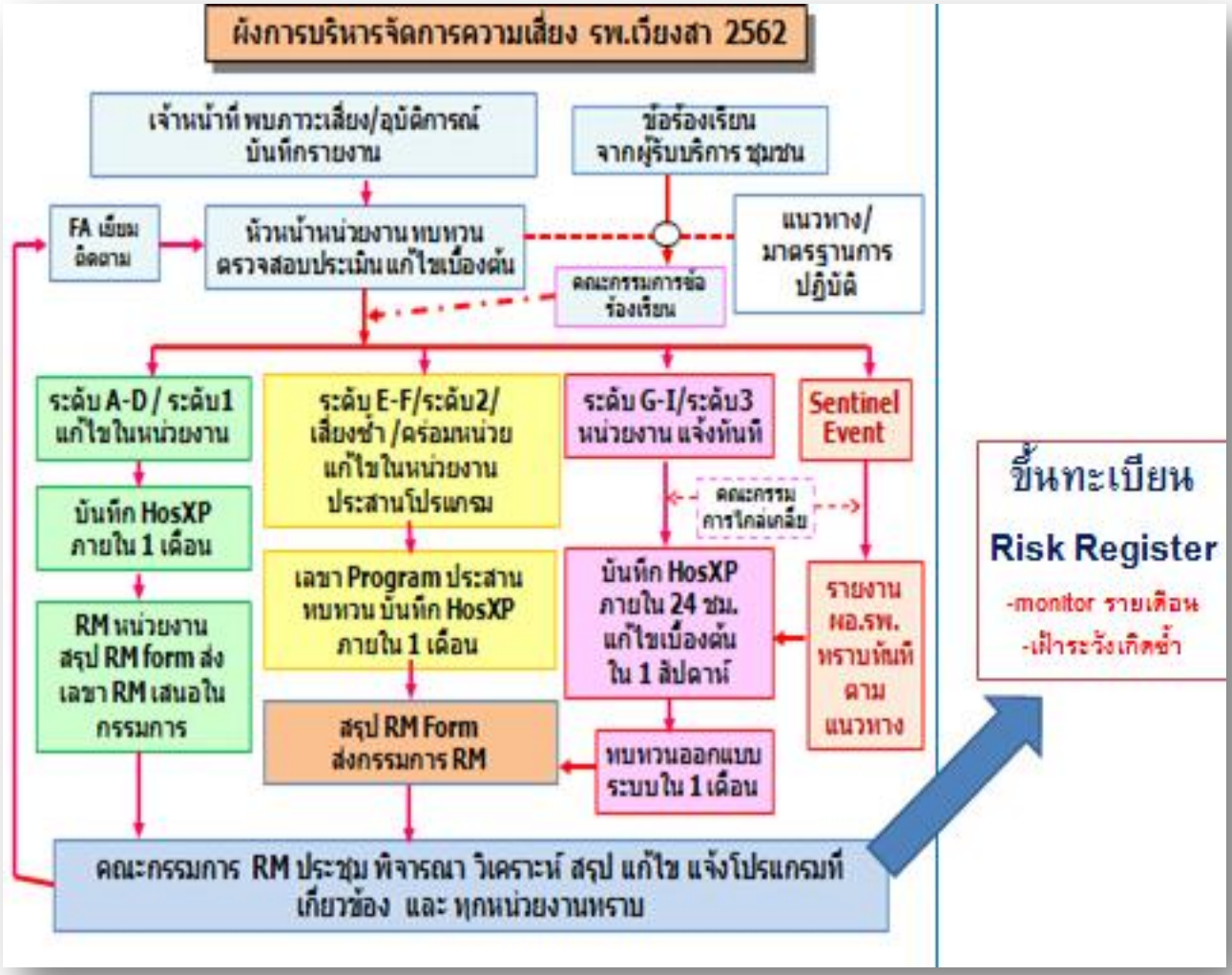
- การทะเลาะวิวาท หรือเสี่ยงต่อการฟ้องร้องทุกกรณีกับผู้รับบริการหรือชุมชน
- อุบัติเหตุหมู่ มีการเสียชีวิตตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปในพื้นที่หรือมีผู้ได้รับบาดเจ็บรวมมากกว่า 5 คน
- กรณีโรคอุบัติใหม่ หรือโรคระบาดที่พบน้อย เช่น โรคพิษสุนัขบ้า โรคไข้กาฬหลังแอ่น เป็นต้น
- กรณีเหตุการณ์ที่จะทำให้เกิดการฟ้องร้อง/เผยแพร่ต่อสื่อมวลชน
- เกิดอัคคีภัย อาคารถล่ม ไฟฟ้าลัดวงจรก่อเกิดความเสียหายต่อบุคคลและทรัพย์สินอย่างรุนแรง

- ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (ไม่นับรวมเสียชีวิตก่อนถึง รพ.และผู้ป่วย Palliative care)
- กรณีเจ้าหน้าที่ทะเลาะวิวาทกันเอง
- ผู้ป่วยได้รับการ CPR ใน Ward
- กรณีให้เลือดผิดกรุ๊ป ผิดคน

กรณีติดต่อผู้อำนวยการไม่ได้ ให้ติดต่อคุณกัลทลี ไชยศิลป์ โทร 0850369970

แนวทางการรายงานและการจัดการความเสี่ยง

(Update พ.ค.256)

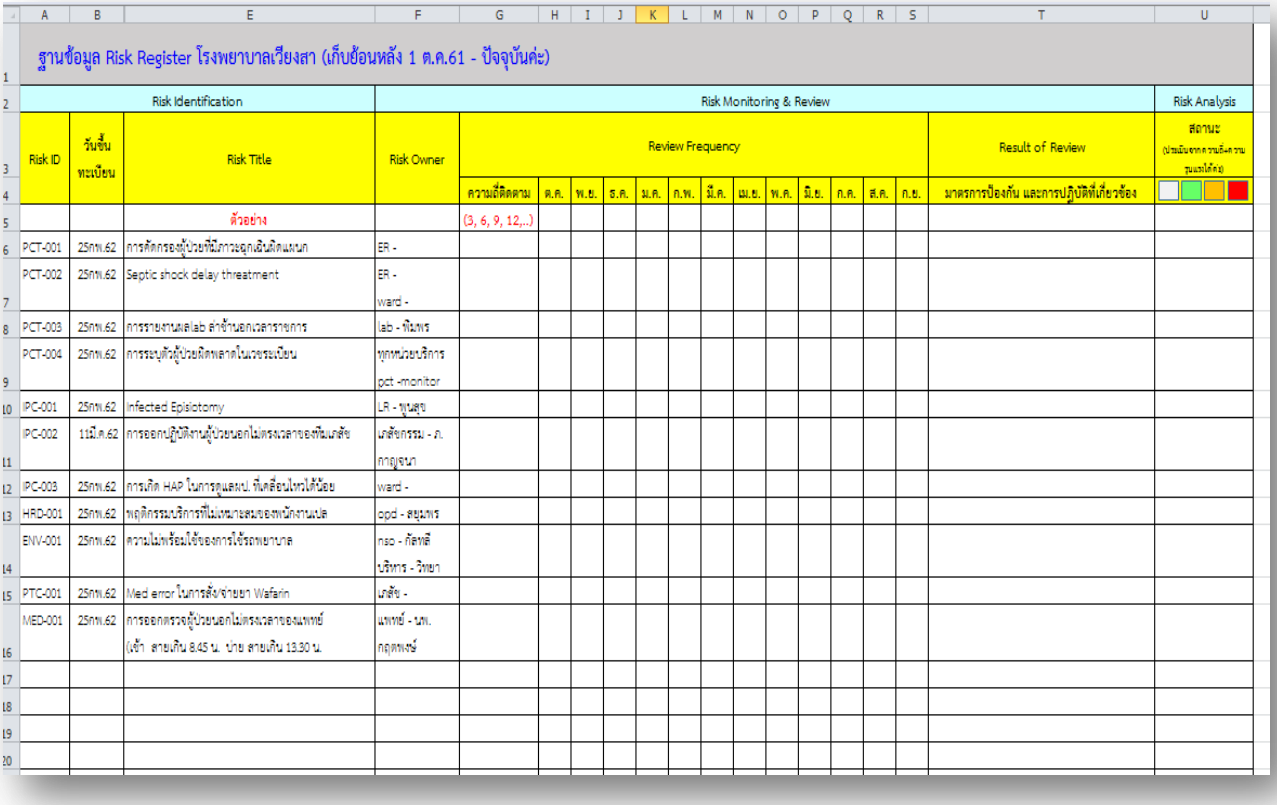


แนวทางการจัดการทะเบียนความเสี่ยง
(Risk Register)

ID Risk Code
(สำหรับการขึ้นทะเบียน **Risk Register** ระดับทีม และหน่วยงาน)

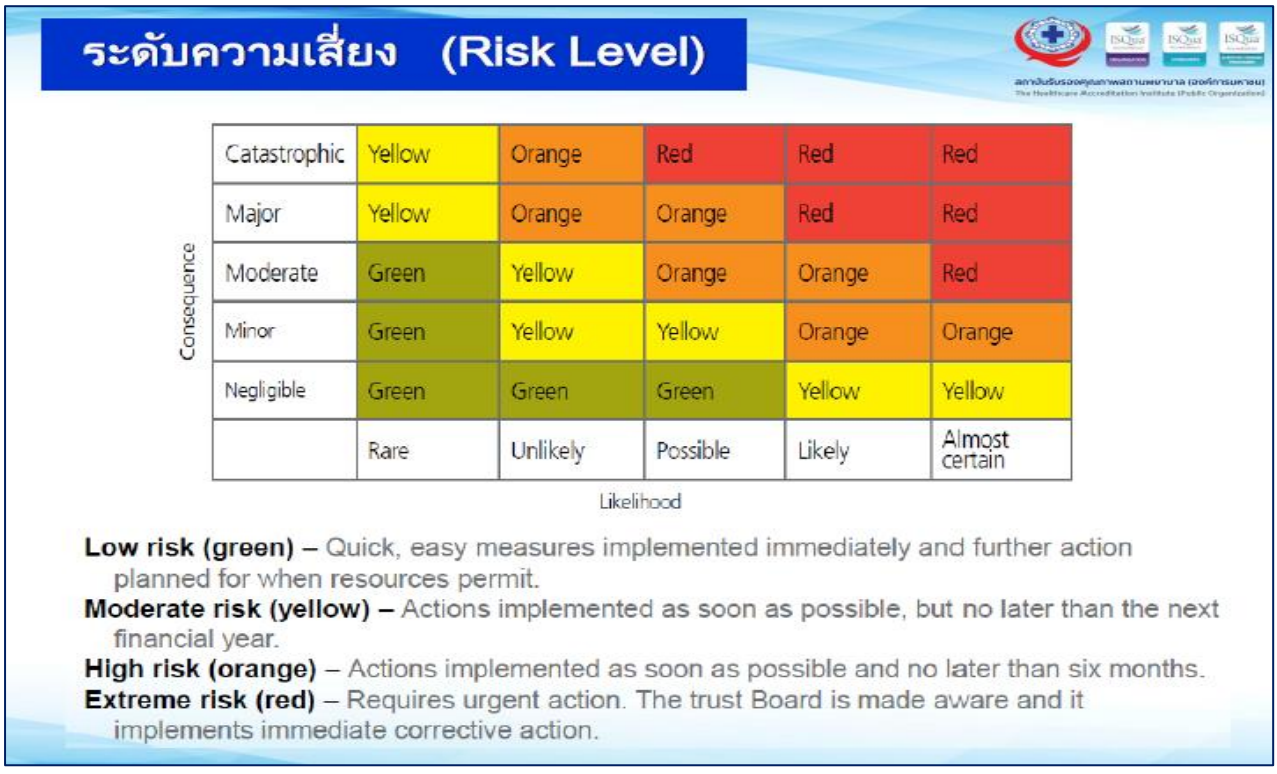
ID Risk Code	ระบบงาน	ID Risk Code	แผนก / ทีม	ID Risk Code	แผนก / ทีม
RMC-000	ระบบความเสี่ยง/ร้องเรียน	PHA-000	แผนกเภสัชกรรม	TEC-000	แผนกช่อมบำรุง
ENV-000	ระบบดูแลสิ่งแวดล้อมฯ	OPD-000	แผนกผู้ป่วยนอก	VEH-000	แผนกยานยนต์
IPC-000	ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ	ER-000	แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	SEC-000	แผนกรักษาความปลอดภัย
PTC-000	ระบบยา สารน้ำ เลือด	DEN-000	แผนกทันตกรรม	ATD-000	แผนกคลินิกพิเศษ ยาเสพติด
PCT-000	ระบบทางคลินิก	LAB-000	แผนกเทคนิคการแพทย์	TMS-000	แผนกแผนไทย
HRD-000	บุคลากร	RAD-000	แผนกรังสีการแพทย์	PCC-000	แผนกบริการปฐมภูมิ
IM-000	ระบบ IT/ IM / MRA	LR-000	แผนกคลอด	PHC-000	แผนกสร้างเสริมสุขภาพ
NUR-000	พยาบาล	OR-000	แผนกผ่าตัด	ICT-000	แผนก IT
MED-000	แพทย์	IPD-000	แผนกผู้ป่วยใน	CLA-000	แผนกประกันสุขภาพ เวชสถิติ
		REH-000	แผนกกายภาพ	SUP-000	แผนกจ่ายกลาง ซักฟอก
		NUT-000	แผนกโภชนาการ	ACC-000	แผนกการเงิน บัญชี
		BOR-000	แผนกบริหาร ธุรการ พัสดุ		

แบบบันทึกรายงานทะเบียนความเสี่ยง (Risk Register)



ฐานข้อมูล Risk Register โรงพยาบาลเรียงสา (เก็บย้อนหลัง 1 ต.ค.61 - ปัจจุบันค่ะ)

Risk Identification				Risk Monitoring & Review													Risk Analysis
Risk ID	วันขึ้นทะเบียน	Risk Title	Risk Owner	Review Frequency												Result of Review	สถานะ (ประเมินจากความถี่-ความรุนแรงได้ค่ะ)
				ความถี่ติดตาม	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	มาตรการป้องกัน และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง	
		ตัวอย่าง		(3, 6, 9, 12,..)													
PCT-001	25กพ.62	การคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินล่าช้า	ER -														
PCT-002	25กพ.62	Septic shock delay threatment	ER - ward -														
PCT-003	25กพ.62	การรายงานผลlab ล่าช้านอกเวลารายการ	lab - พิมพร														
PCT-004	25กพ.62	การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดในเวรระเบียน	ทุกหน่วยบริการ pct -monitor														
IPC-001	25กพ.62	Infected Episiotomy	LR - พุนสุข														
IPC-002	11มี.ค.62	การออกปฏิบัติงานผู้ป่วยนอกไม่ตรงเวลาของพี่เมสัย	เภสัชกรรม - ภ. กาญจนา														
IPC-003	25กพ.62	การเกิด HAP ในการดูแลผป. ที่เคลื่อนไหวได้น้อย	ward -														
HRD-001	25กพ.62	พฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสมของพนักงานเปล	opd - สมุมพร														
ENV-001	25กพ.62	ความไม่พร้อมใช้ของการใช้รถพยาบาล	nso - กัลทิ บริหาร - วิทยา														
PTC-001	25กพ.62	Med error ในการสั่ง/จ่ายยา Wafarin	เภสัช -														
MED-001	25กพ.62	การออกตรวจผู้ป่วยนอกไม่ตรงเวลาของแพทย์ (เช้า ลายเกิน 8.45 น. บ่าย ลายเกิน 13.30 น.	แพทย์ - นพ. กฤตพงษ์														



ระดับความเสี่ยง (Risk Level)

Consequence					
Catastrophic	Yellow	Orange	Red	Red	Red
Major	Yellow	Orange	Orange	Red	Red
Moderate	Green	Yellow	Orange	Orange	Red
Minor	Green	Yellow	Yellow	Orange	Orange
Negligible	Green	Green	Green	Yellow	Yellow
	Rare	Unlikely	Possible	Likely	Almost certain

Likelihood

Low risk (green) – Quick, easy measures implemented immediately and further action planned for when resources permit.

Moderate risk (yellow) – Actions implemented as soon as possible, but no later than the next financial year.

High risk (orange) – Actions implemented as soon as possible and no later than six months.

Extreme risk (red) – Requires urgent action. The trust Board is made aware and it implements immediate corrective action.

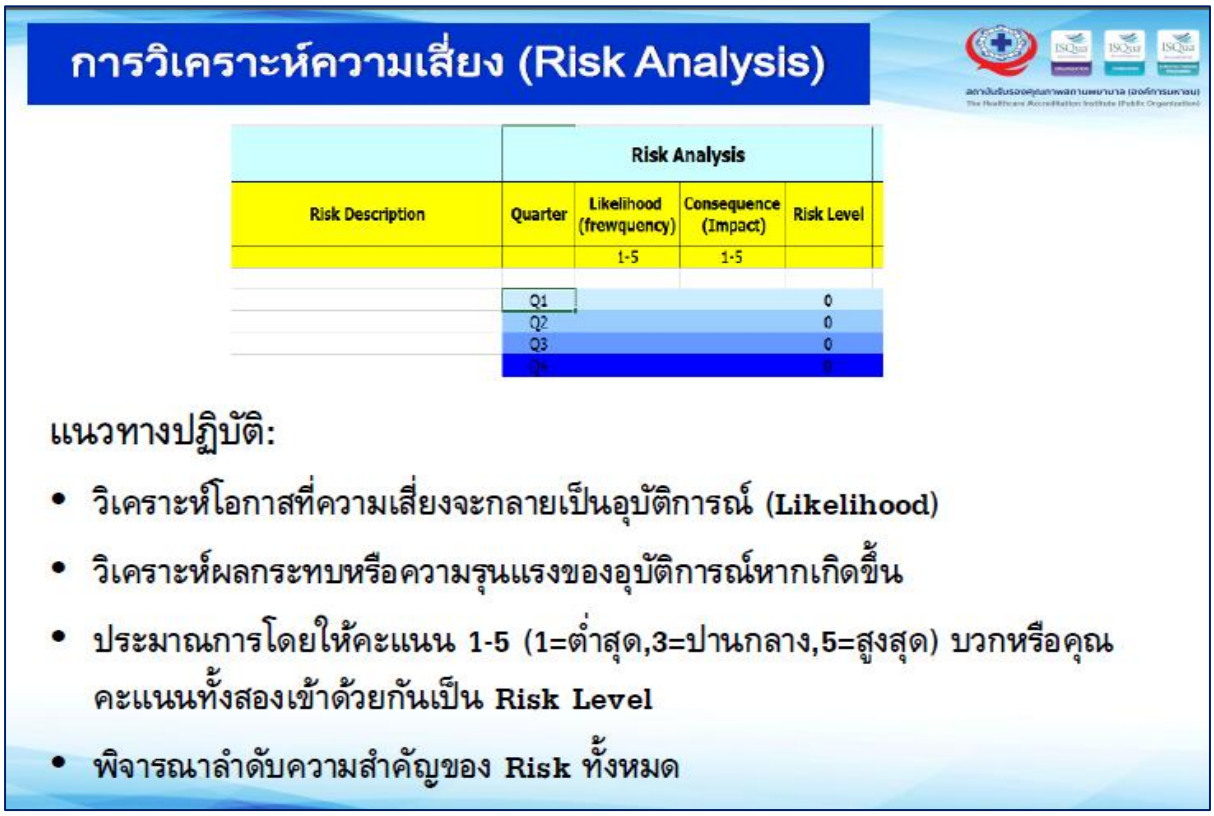
ความรุนแรง (Consequence)

1 - Negligible:	มีอันตราย/บาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องการการปฐมพยาบาล, หรือสิ่งที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
2 - Minor:	มีอันตราย/บาดเจ็บเล็กน้อย สามารถแก้ไขได้โดยง่าย อาจทำให้ต้องนอน รพ.นานขึ้น
3 - Moderate:	มีอันตราย/บาดเจ็บปานกลาง ต้องการการรักษาพยาบาลหรือทำหัตถการ, อาจมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายเล็กน้อยหรือชั่วคราว
4 - Major:	มีอันตราย/บาดเจ็บรุนแรง อาจทำให้สูญเสียอวัยวะหรือการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างถาวร
5 - Catastrophic:	อุบัติการณ์นำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร

โอกาสเกิด (Likelihood)

• **1-Rare**	(ไม่เชื่อว่าจะเกิดได้)	**: <0.5%**	
• **2-Unlikely**	(ไม่คาดว่าจะเกิด)	**: 0.5-1%**	**หรือ >? ครั้งต่อปี**
• **3-Possible**	(เป็นครั้งคราว)	**: 1-5%**	**หรือ >? ครั้งต่อเดือน**
• **4-Likely**	(บ่อย)	**: 5-10%**	**หรือ >? ครั้งต่อสัปดาห์**
• **5-Frequent**	(บ่อยมาก)	**: >10%**	**หรือ >? ครั้งต่อวัน**

ใช้ “หรือ” คือเลือกเอาระดับที่สูงกว่าจากเกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่ง



คำแนะนำการใช้ Risk Register Template	
WHAT	Risk Register เป็นเครื่องมือสำหรับการบริหารความเสี่ยงที่ proactive & dynamic
	กระบวนการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วยการระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง (วางแผนและนำไปปฏิบัติ) การติดตามและทบทวน
WHY	Risk Register กำหนดผู้รับผิดชอบ (risk owner) และความถี่ในการทบทวนมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่ชัดเจน
	Risk Register เชื่อมโยง root cause ที่ได้จากการทำ RCA มาทบทวนและปรับปรุงมาตรการป้องกันความเสี่ยง
	ความถี่ในการทบทวนขึ้นกับระดับความเสี่ยง (Risk Level) ที่ทีมงานกำหนด
CAUTION	การขึ้นทะเบียนความเสี่ยง ใช้ชื่อหรือลักษณะความเสี่ยงเป็นฐาน มิใช่อุบัติการณ์แต่ละครั้ง
	การระบุความเสี่ยง ไม่จำกัดเฉพาะอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น แต่ควรวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ไม่เคยเกิด แต่มีโอกาสเกิดได้

	ผู้รับผิดชอบความเสี่ยง (risk owner) แต่ละตัว มีหน้าที่ประสานงานกับระบบงานปกติที่หน่วยงานต่างๆ ทำอยู่แล้วในการรายงานความเสี่ยงและการทำ RCA มิได้มาทำหน้าที่แทน
CHANGE	Template นี้มีการเปลี่ยนแปลงโดยการนำ Risk Monitor & Review มาอยู่ก่อนหน้า Risk Treatment เพื่อให้สามารถบันทึกข้อมูลได้สอดคล้องกับจังหวะเวลาที่ทำจริง คือในวันเดียวกันจะบันทึกใน row เดียวต่อเนื่องกันไป นั่นหมายถึง Risk Monitor & Review ซึ่งนำมาสู่การปรับปรุงมาตรการป้องกัน (Risk Treatment) ในช่วงรอยต่อของงวดเวลา
Risk Identification	การระบุความเสี่ยง ควรพิจารณา 1) Corporate risk ความเสี่ยงที่มีผลต่อความยั่งยืนขององค์กร เป็นหน้าที่ของผู้บริหารระดับสูง 2) Operational risk ที่เป็นความเสี่ยงร่วมของหลายๆ หน่วยงานในองค์กร ควรเป็นหน้าที่ของผู้รับผิดชอบระบบงานต่างๆ ในการเป็น risk owner หน่วยงานต่างๆ มีหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่องค์กรกำหนดในภาพรวม 3) Operational risk ที่เป็นความเสี่ยงเฉพาะของหน่วยงานหรือทีมดูแลผู้ป่วย เป็นหน้าที่ของหน่วยงานหรือทีมในการเป็น risk owner
Risk Analysis	เป็นการวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิด (likelihood) และความรุนแรงหรือผลที่จะตามมา (consequence)เพื่อความง่ายในการเริ่มต้นทำ ทีมยังไม่ต้องกังวลกับการกำหนดตัวเลข likelihood & consequence แต่สามารถใช้สีเพื่อกำหนดระดับความเสี่ยงไปก่อนเพื่อให้สามารถใช้ขับเคลื่อนกระบวนการบริหารความเสี่ยงได้เร็วขึ้น คือ **สีแดง** เป็นความเสี่ยงที่ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุกครั้งที่เกิดอุบัติการณ์หรืออย่างน้อยทุก 3 เดือน **สีส้ม** เป็นความเสี่ยงที่ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุก 3 เดือน **สีเหลือง** เป็นความเสี่ยงที่ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุก 6 เดือน **สีเขียว** เป็นความเสี่ยงที่ต้องทบทวนมาตรการป้องกันทุกอย่างน้อยทุกปี

Risk Monitoring & Review	ถ้าเป็นการทบทวนครั้งแรกของการใช้ Risk Register ควรทบทวนข้อมูลในรอบปีที่ผ่านมา ถ้าเป็นการทบทวนครั้งต่อๆ ไป จะเป็นการทบทวนข้อมูลในรอบเวลาที่ผ่านมาตามความถี่ที่กำหนดไว้ การทบทวนควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ 1) แนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ เท่าเดิม มากขึ้น หรือลดลง เป็นเพราะอะไร 2) การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่กำหนดไว้ (อาจใช้การตามรอย) ทำได้ครบถ้วนเพียงใด มีปัญหาข้อคิดขัดอะไร ควรมีการปรับปรับให้ปฏิบัติได้ง่ายขึ้นอย่างไร 3) ความครอบคลุมของมาตรการป้องกัน มีเพียงพอที่จะป้องกัน root cause ของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบเวลาที่ผ่านมาหรือไม่ อะไรคือมาตรการป้องกันที่ควรเพิ่มเติม
Risk Treatment Plan	เป็นผลรวมของมาตรการที่ปฏิบัติอยู่เดิม กับข้อเสนอที่เพิ่มขึ้นจากการทำ Risk Monitor & Review 1) Risk Prevention ระบุมาตรการป้องกันที่ความเฉพาะเจาะจงกับความเสี่ยงนั้นๆ เพื่อประโยชน์ในการทบทวนในรอบต่อไป (รายละเอียดจะอยู่ในคู่มือการปฏิบัติงาน) 2) Risk Monitor เป็นการกำหนดว่าจะเฝ้าติดตามตัววัดหรือข้อมูลอะไรเพื่อให้สามารถตรวจพบความเสี่ยงได้ไวยิ่งขึ้น 3) Risk Mitigation เป็นการระบุว่าถ้าเกิดอุบัติการณ์ขึ้น จะมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาอันตรายหรือความเสียหายอย่างไร 4) QI Plan เป็นแผนการทดสอบมาตรการป้องกันให้ได้ผลดีขึ้น ซึ่งเมื่อสรุปผลว่าได้ผล มาตรการนี้จะถูกเพิ่มเป็นมาตรการป้องกันในรอบต่อไป สำหรับข้อ 2-4 อาจจะไม่จำเป็นต้องกรอกในทุกความเสี่ยง ให้พิจารณาตามความเหมาะสม
	นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
	ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
	30 มกราคม 2562

ขั้นตอนการลงบันทึกความเสี่ยง ข้อร้องเรียน ร้องทุกข์ในโปรแกรม HosXp

1.) เข้าสู่โปรแกรมโดยใช้ Username และ Password อาจเป็น Username และ Password ของตนเอง หรือหน่วยงานก็ได้

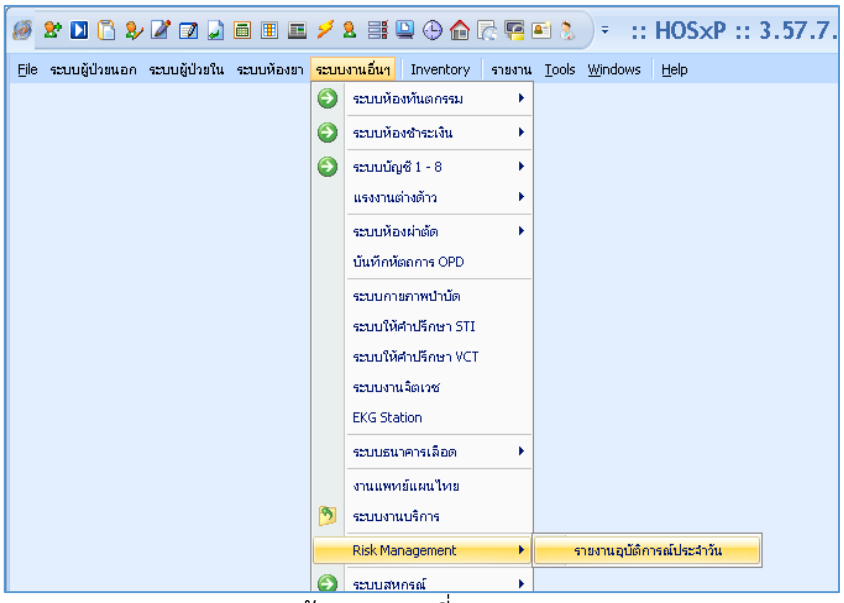
หากเป็นหัวหน้าหน่วยงาน / กรรมการ RM หน่วยงานใช้ Username และ Password ที่เป็นของตนเอง

2.) เข้าไปที่หัวข้อด้านบน คลิกเลือก

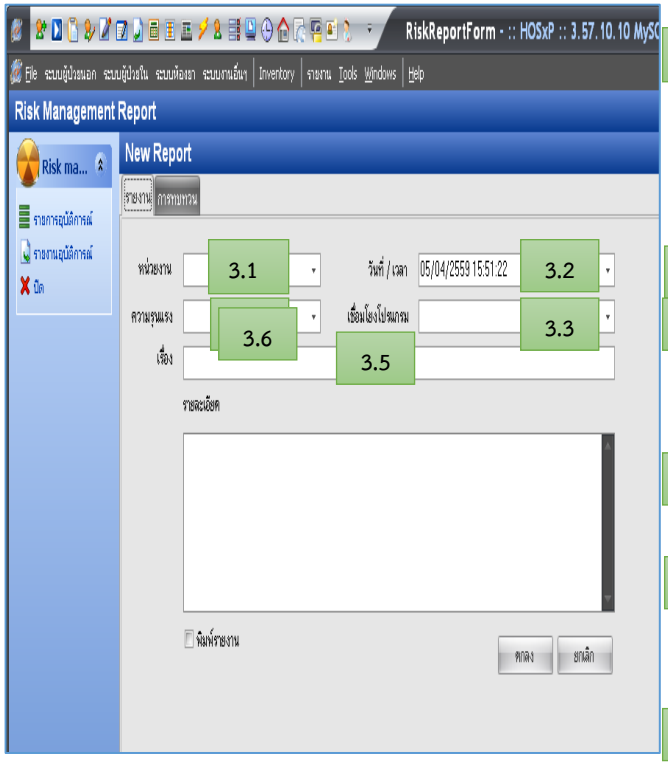
→ “**ระบบงานอื่นๆ**”

→ “Risk management”

→ “**รายงานอุบัติการณ์ประจำวัน**”



3.) การลงข้อมูลความเสี่ยง



3.1 เลือก**หน่วยงาน**เราจะรายงานที่ทำให้เกิดความเสี่ยงนั้น เช่น งานจ่ายกลางเจอผ้าเปื้อนเลือดในเซตที่มาจากห้องคลอด ให้เราเลือกข้อนี้เป็น “ห้องคลอด” เป็นต้น

3.2 เลือก **วัน/ เวลา** ที่เกิดความเสี่ยงนั้น

3.3 **เชื่อมโยงโปรแกรม** : ให้เราเลือก*ประเภท*ความเสี่ยงที่เราพบ โดยคลิกลูกศรเลือกด้านที่เกี่ยวข้อง

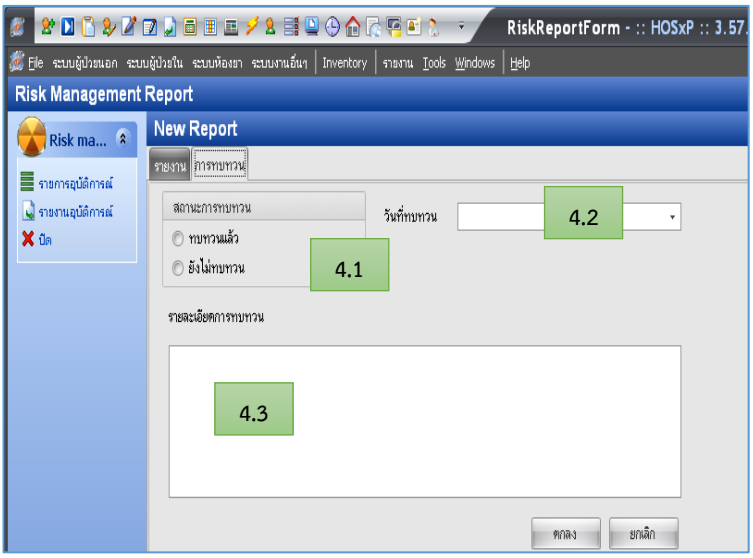
3.4 **ความรุนแรง** ระดับความรุนแรงสามารถเลือกตามรายละเอียด

3.5 **เรื่อง...** (ให้เว้นว่างไว้ก่อนได้ครับ) / กรณีเป็นข้อร้องเรียนให้ บันทึกเป็น “ข้อร้องเรียนจาก....”

3.6 **รายละเอียด** ให้พิมพ์รายละเอียดของอุบัติการณ์ (ควรพิมพ์ด้วยคำสุภาพและไม่ระบุตัวบุคคล หากเป็นเรื่องที่อาจมีผลกระทบต่อบุคคลหรือเป็นความลับ ควรใช้ช่องทางรายงานผ่านสมาชิกทีมความเสี่ยง หัวหน้าหน่วยงาน หรือศูนย์ RM)

ข้อ 4) และข้อ 5) สำหรับหัวหน้างานและกรรมการ RM

4.) การทบทวน (เข้าบันทึกได้เฉพาะหัวหน้างานและสมาชิกทีมRMในหน่วยงาน)

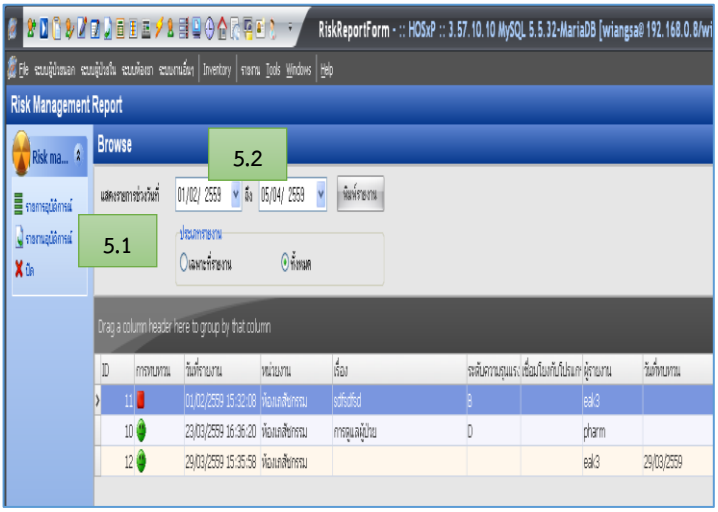


4.1 **สถานะการทบทวน** (ให้คลิกเลือกอันใดอันหนึ่ง)

4.2 **วันที่ทบทวน**

4.3 **รายละเอียดการทบทวน** ให้พิมพ์รายละเอียดการทบทวนครับ

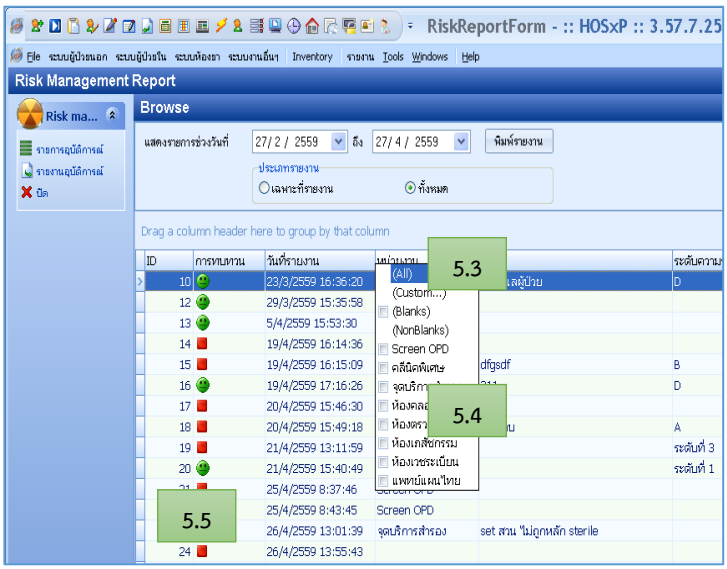
5.) ตารางสรุปผล (เข้าบันทึกได้เฉพาะหัวหน้างานและสมาชิกทีมRMในหน่วยงาน)



สามารถเข้าดูสรุปอุบัติการณ์ทั้งหมดของหน่วยงานตามช่วงเวลาที่เลือกได้ โดยสามารถดูอุบัติการณ์ที่ทบทวนแล้วและยังไม่ทบทวนได้

5.1 กดเลือก “**รายงานอุบัติการณ์**” เพื่อดูตารางสรุปรายงานอุบัติการณ์

5.2 กดเลือกช่วงเวลาที่ต้องการดูอุบัติการณ์ความเสี่ยงของหน่วยงาน



5.3 ให้เลือก “**ทั้งหมด**”

5.4 คลิกที่มุมขวาของ “**ช่องหน่วยงาน**” แล้วเลือกหน่วยงานของตนเอง

5.5 แสดงการทบทวนอุบัติการณ์ของหน่วยงาน โดย

“สีแดง” แสดงถึงอุบัติการณ์ที่ยังไม่ได้ทบทวน

“สีเขียว” แสดงถึงอุบัติการณ์ที่ทบทวนแล้ว โดยให้หน่วยงานเข้าไปทบทวนอุบัติการณ์ตาม หัวข้อที่ 4

การจัดการข้อร้องเรียน

Complaint Management

คู่มือการจัดการข้อร้องเรียน

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อการดำเนินงานแก้ไขและจัดการข้อร้องเรียน จากผู้รับบริการของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลเวียงสา

1.2 เพื่อการดำเนินงานแก้ไขและจัดการข้อร้องเรียน จากผู้รับบริการในชุมชนอำเภอเวียงสาที่ได้รับผลกระทบจากการบริการด้านสุขภาพ

1.3 เพื่อให้มีแนวทางปฏิบัติและปฏิบัติตามข้อกำหนดระเบียบ ในการดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียนเป็นไปตามแนวทางเดียวกันทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลเวียงสา สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุข

2. ขอบเขต

ครอบคลุมขั้นตอนการจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลเวียงสา ตั้งแต่ขั้นตอนการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน การรับและตรวจสอบข้อร้องเรียนจากช่องทางต่างๆ การบันทึกข้อร้องเรียน การวิเคราะห์ระดับข้อร้องเรียน การแจ้งกลับผู้ร้องเรียน การประสานผู้ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานเพื่อดำเนินการแก้ไข/ปรับปรุง การประสานศูนย์รับข้อร้องเรียนโรงพยาบาลเวียงสา การประสานหน่วยงานภายนอก การติดตามผลการแก้ไข/ปรับปรุง เพื่อแจ้งกลับให้ผู้ร้องเรียนทราบ และการรายงานผลการจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงานให้ศูนย์รับข้อร้องเรียนทราบ(รายเดือน)

3. คำจำกัดความ

การจัดการข้อร้องเรียน	= มีความหมายครอบคลุมถึงการจัดการในเรื่อง ข้อร้องเรียน / ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น / คำชมเชย / การสอบถามหรือร้องขอข้อมูล
ผู้ร้องเรียน	= ประชาชนทั่วไป, องค์กรภาครัฐ / ภาคเอกชน, ผู้รับบริการ, ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ติดต่อมายังโรงพยาบาลเวียงสาผ่านช่องทางต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์ครอบคลุม การร้องเรียน / การให้ข้อเสนอแนะ / การให้ข้อคิดเห็น / การชมเชย / การสอบถามหรือร้องขอข้อมูล
ศูนย์รับข้อร้องเรียน	= มีความหมายครอบคลุมถึงการรับข้อร้องเรียน / ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น / คำชมเชย / การสอบถามหรือร้องขอข้อมูล
เจ้าหน้าที่	= เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน
หน่วยงาน	= ทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลเวียงสา
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	= หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงตามข้อร้องเรียนในเรื่องนั้นๆ เช่น สสจ.น่าน, สสอ.เวียงสา ,รพ.สต.ในเครือข่าย เป็นต้น

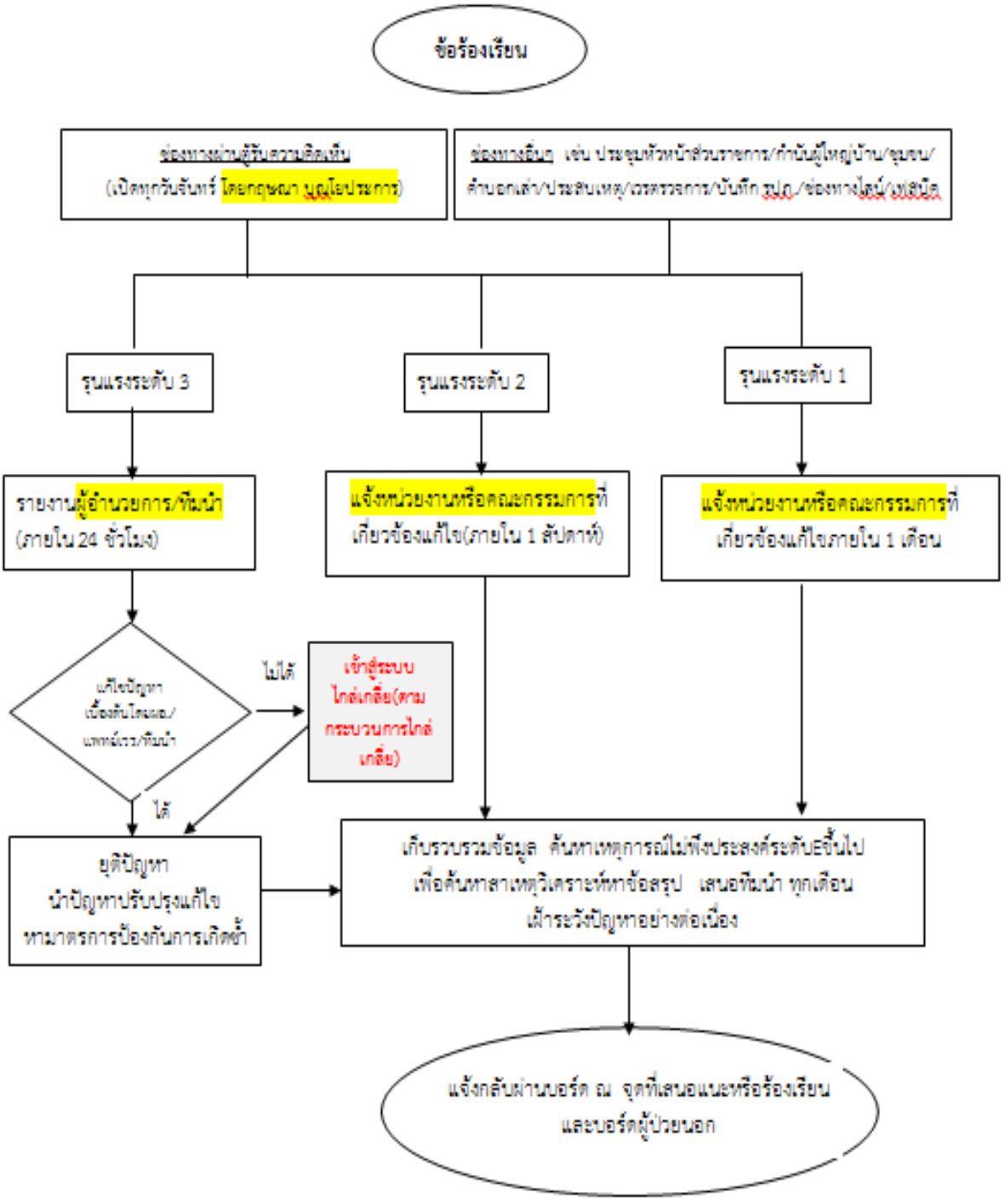
ผู้ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน = ผู้อำนวยการ หรือ หัวหน้ากลุ่ม / ส่วน / ฝ่าย / งาน หรือคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงตามข้อร้องเรียนในเรื่องนั้นๆ

หน่วยงานภายนอก = หน่วยงานหรือองค์กรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ระดับข้อร้องเรียน = เป็นการจำแนกความสำคัญของข้อร้องเรียนออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ	ประเภท	นิยาม	ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม	ระยะเวลาตอบสนอง	ผู้รับผิดชอบ
1	ข้อคิดเห็น, ข้อเสนอแนะ, คำชมเชย, สอบถามหรือร้องขอข้อมูล	ผู้ร้องเรียนไม่ได้รับความเดือดร้อน แต่ติดต่อมาเพื่อให้ข้อเสนอแนะ / ชมเชย / สอบถามหรือร้องขอข้อมูลของ รพ.เวียงสา	- การเสนอแนะเกี่ยวกับการให้บริการของรพ.เวียงสา - การสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพต่างๆ	7 วัน	-หัวหน้างาน -กรรมการความเสี่ยงทุกหน่วยงาน
2	ข้อร้องเรียนเล็ก	ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน แต่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงาน	- การร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน - การร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการของหน่วยงาน	ไม่เกิน 30 วันทำการ	-หน่วยงานเจ้าของเรื่อง
3	ข้อร้องเรียนใหญ่	- ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน ไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานเดียว ต้องอาศัยอำนาจของคณะกรรมการหลายๆฝ่าย - เรื่องที่สร้างความเสื่อมเสียต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล	- การเรียกร้องให้ชดเชยค่าเสียหายจากการให้บริการที่ผิดพลาด - การร้องเรียนเกี่ยวกับความผิดวินัยร้ายแรงของเจ้าหน้าที่ - การร้องเรียนความไม่โปร่งใสของการจัดซื้อจัดจ้างขนาดใหญ่	ไม่เกิน 15 วันทำการ	คณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียน (ทีมไกล่เกลี่ย)
4	ข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจของโรงพยาบาล	ผู้ร้องเรียนร้องขอในสิ่งที่อยู่นอกเหนือบทบาทอำนาจหน้าที่ของ รพ.	- การร้องเรียนเกี่ยวกับหน่วยงานใกล้เคียง - การร้องเรียนเกี่ยวกับน้ำท่วมดินสไลด์นอก รพ.	ภายใน 24 ชั่วโมง (ชี้แจงให้ผู้ร้องเรียนทราบ)	-ผอ.รพ. -ทีมไกล่เกลี่ย -ผู้บริหารระดับสูง -หน่วยงานภายนอก

แนวทางการเฝ้าระวังและตอบสนองข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลเวียงสา



4. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

(1) การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน โดยผู้อำนวยการมีคำสั่งมอบหมายงาน

1.1 กำหนดให้มีศูนย์รับข้อร้องเรียน คือ งานคุณภาพโรงพยาบาลเวียงสา ห้องเจรจาไกล่เกลี่ยอยู่ที่ตึกผู้ป่วยนอกของรพ.

1.2 กำหนดผู้รับผิดชอบจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงานเป็นคณะอนุกรรมการรับเรื่องราวร้องทุกข์และเจรจาไกล่เกลี่ยซึ่งอยู่ในชุดคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล และกำหนดบทบาทที่สำคัญ

(2) การรับและตรวจสอบข้อร้องเรียนจากช่องทางต่าง ๆ

กรรมการรับข้อเสนอแนะร้องเรียนรับรายงานและดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงที่เข้ามาตามช่องทางต่างๆ โดยมีข้อปฏิบัติตามที่กำหนด ดังนี้

ช่องทาง	ความถี่ในการตรวจสอบช่องทาง	ระยะเวลาดำเนินการรับข้อร้องเรียน และการตอบสนอง	หมายเหตุ
โทรศัพท์ /เว็บไซต์/ไลน์/ เฟสบุ๊คต่างๆ	ทุกครั้งที่พบมีข้อร้องเรียน	ภายใน 1 วัน / ตอบสนองภายใน 1-30 เดือน	-
ร้องเรียนกับเจ้าหน้าที่ฯ ณ ศูนย์ / ตู้รับข้อร้องเรียนของหน่วยงาน	เปิดตู้ทุกวันจันทร์	ภายใน 30 วัน หรือตามความเร่งด่วน	-
หนังสือ / จดหมาย	ทุกครั้งที่มีการร้องเรียน	ภายใน 1 วัน (นับจากวันที่งานสารบรรณของหน่วยงานลงเลขรับหนังสือ / จดหมาย)	-
จากคำบอกเล่าทางวาจากของ จนท. อสม. ในพื้นที่	ทุกครั้งที่มี จนท. อสม. แจ้งข่าวการร้องเรียน	ภายใน 1 วัน	

(3) การบันทึกข้อร้องเรียน

เจ้าหน้าที่รับข้อเสนอแนะเรื่องร้องเรียนสามารถแจ้งเลขากรรมการรับเรื่องราวร้องทุกข์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกช่องทางที่มีการร้องเรียน บันทึกข้อร้องเรียนลงบนแบบฟอร์มบันทึกความเสี่ยง/บันทึกข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลเวียงสา IR (Incident Report) ใน RM report ของระบบHos.Xp

(4) การวิเคราะห์ระดับข้อร้องเรียน

4.1 กรรมการรับเรื่อร้องเรียนพิจารณาจำแนกระดับข้อร้องเรียน แบ่งตามระดับความรุนแรง ดังนี้

- ข้อร้องเรียนระดับ 1 เป็นข้อคิดเห็น, ข้อเสนอแนะ, คำชมเชย, สอบถามหรือร้องขอข้อมูล กล่าวคือ ผู้ร้องเรียนไม่ได้รับความเดือดร้อน แต่ติดต่อมาเพื่อให้ข้อเสนอแนะ / ให้ข้อคิดเห็น / ชมเชย / สอบถามหรือร้องขอข้อมูล
- ข้อร้องเรียนระดับ 2 เป็นข้อร้องเรียนเล็ก กล่าวคือ ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน แต่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานเดียว
- ข้อร้องเรียนระดับ 3 เป็นข้อร้องเรียนใหญ่ กล่าวคือ ผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อน ไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานเดียว ต้องอาศัยอำนาจของคณะกรรมการหลายๆฝ่าย/หน่วยงาน
- ข้อร้องเรียนระดับ 4 เป็นข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจของโรงพยาบาล กล่าวคือ ผู้ร้องเรียนร้องขอในสิ่งที่อยู่นอกเหนือบทบาทอำนาจหน้าที่ของโรงพยาบาล

(5) การส่งแบบบันทึกรายงานแจ้งให้ผู้อำนวยการรับทราบและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาตามระดับความเร่งด่วน

(6) การแจ้งกลับผู้ร้องเรียน กรณีข้อร้องเรียนระดับ 1 และการประสานหน่วยงานภายนอกกรณีข้อร้องเรียนระดับ 4

<u>เจ้าหน้าที่</u>

6.1 ข้อร้องเรียนระดับ 1 เป็นข้อคิดเห็น, ข้อเสนอแนะ, คำชมเชย, สอบถามหรือร้องขอข้อมูล สามารถรับเรื่องและชี้แจงให้ผู้ร้องเรียนรับทราบได้ทันทีโดยกำหนดระยะเวลาในการตอบข้อร้องเรียนภายใน 7 วันทำการ

6.2 ข้อร้องเรียนระดับ 4 เป็นข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจของโรงพยาบาลเวียงสา ให้พิจารณาความเหมาะสมของข้อร้องเรียน โดยเบื้องต้นให้ชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ร้องเรียนเกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ขอบเขต การทำงานของโรงพยาบาลเวียงสา และแนะนำหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ร้องเรียนโดยตรง ซึ่งอาจหาหมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยงานนั้น ๆ ให้แก่ผู้ร้องเรียน โดยกำหนดระยะเวลาในการตอบข้อร้องเรียนภายใน 1 วันทำการในกรณีที่ผู้ร้องเรียนร้องเรียนเป็นหนังสือ/จดหมาย/โทรสาร อาจจัดทำหนังสือส่งต่อไปยังหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อไป โดยกำหนดระยะเวลาในการตอบข้อร้องเรียนตามความเหมาะสม

(7) การประสานผู้ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานเพื่อดำเนินการแก้ไข / ปรับปรุง กรณีข้อร้องเรียนระดับ 2

<u>เจ้าหน้าที่ฯ</u>

7.1 ข้อร้องเรียนระดับ 2 เป็นข้อร้องเรียนเล็ก ให้พิจารณาจัดทำบันทึกข้อความส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการแก้ไข/ปรับปรุงต่อไป โดยเบื้องต้นอาจโทรศัพท์แจ้งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้รับทราบข้อมูลก่อนจัดทำบันทึกข้อความส่งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป ทั้งนี้ กำหนดระยะเวลาในการจัดทำบันทึกข้อความส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายใน 1 วันทำการ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ร้องเรียนจัดทำ

หนังสือถึงหน่วยงาน ร้องเรียนเจ้าหน้าที่ของกลุ่มงานหนึ่ง ว่าพูดจาไม่สุภาพ แถมขอข้อมูลอะไรเจ้าหน้าที่ก็ไม่เต็มใจให้บริการ ทั้งยังพูดในลักษณะตะคอกใส่ผู้รับบริการตลอดเวลา ฯลฯ เจ้าหน้าที่ฯ สามารถโทรศัพท์แจ้งไปยังหน่วยงานที่ถูกร้องเรียน พร้อมจัดทำบันทึกข้อความส่งไปยังหน่วยงานที่ถูกร้องเรียน ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงต่อไปได้ภายใน 1-2 วันทำการ เป็นต้น

ผู้ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน

7.2 ภายหลังจากได้รับโทรศัพท์แจ้งข้อร้องเรียนจากเจ้าหน้าที่ฯ หรือได้รับบันทึกข้อความจากเจ้าหน้าที่ฯ ให้พิจารณาแก้ไขตามความเหมาะสม และให้ส่งผลการดำเนินงานแก้ไข/ปรับปรุง ไปยังผู้ร้องเรียนโดยตรง และสำเนาผลการดำเนินงานแก้ไข/ปรับปรุงให้ศูนย์รับข้อร้องเรียนทราบ ภายใน 15 วันทำการ ยกตัวอย่างจากกรณีข้อร้องเรียนระดับ 2 ข้างต้น เมื่อหน่วยงานได้รับแจ้งทางโทรศัพท์ หรือบันทึกข้อความ สามารถดำเนินการสอบถามข้อเท็จจริงจากเจ้าหน้าที่ที่ถูกร้องเรียน และสอบถามเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในวัน เวลา สถานที่ที่เกิดเรื่องร้องเรียนขึ้น หากพบว่าเป็นจริงหัวหน้างาน อาจใช้ดุลพินิจในการแก้ไข/ปรับปรุงปัญหาที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน แต่เมื่อได้แก้ไข/ปรับปรุงปัญหาที่ร้องเรียนเรียบร้อยแล้ว ให้เจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการเรื่องร้องเรียนในหน่วยงาน จัดทำหนังสือแจ้งกลับไปยังผู้ร้องเรียน พร้อมส่งสำเนาหนังสือแจ้งกลับผู้ร้องเรียนไปยังศูนย์รับข้อร้องเรียนของหน่วยงานทราบ ภายใน 15 วันทำการหลังจากได้รับเรื่องร้องเรียนด้วย

(8) การประสานศูนย์รับข้อร้องเรียน กรณีข้อร้องเรียนระดับ 3

เจ้าหน้าที่ฯ

8.1 ข้อร้องเรียนระดับ 3 เป็นข้อร้องเรียนใหญ่ ไม่สามารถพิจารณาแก้ไข/ปรับปรุงได้ภายในหน่วยงาน ให้จัดทำบันทึกข้อความส่งต่อไปยังศูนย์รับข้อร้องเรียนของ สสจ. น่าน เพื่อดำเนินการต่อไป ทั้งนี้ กำหนดระยะเวลาในการจัดทำบันทึกข้อความส่งต่อไปยังศูนย์รับข้อร้องเรียนของ สสจ. น่าน ภายใน 1 วันทำการ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ร้องเรียนทำหนังสือร้องเรียนความไม่โปร่งใสในการเปิดซองประกวดราคาการ ซ่อมแซมอาคารสำนักงานของหน่วยงาน และเคยร้องเรียนกับหน่วยงานมาแล้วแต่หน่วยงานไม่มีการดำเนินการชี้แจงข้อเท็จจริงแต่ประการใด ทั้งยังทำสัญญาว่าจ้างบริษัทรับเหมาที่มีราคาแพงกว่าผู้ร้องเรียนอีกด้วย เจ้าหน้าที่ฯ พิจารณาแล้วเป็นข้อร้องเรียนระดับ 3 อาจโทรศัพท์แจ้งข้อมูลเบื้องต้นให้เจ้าหน้าที่ฯของศูนย์รับข้อร้องเรียนสสจ.น่านทราบ พร้อมทั้งจัดทำบันทึกข้อความเพื่อเสนอพิจารณาสั่งการต่อไปเข้ามาที่ศูนย์รับข้อร้องเรียนของ สสจ. น่านในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

(9) ติดตามประเมินผลและรายงาน

เจ้าหน้าที่ฯ

9.1 ภายหลังจากโทรศัพท์ หรือ ส่งบันทึกข้อความให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไข/ปรับปรุงข้อร้องเรียนในระดับ 2 และ ระดับ 3 เรียบร้อยแล้ว ประมาณ 5 วันทำการ ให้โทรศัพท์ติดต่อความคืบหน้าในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

9.2 รวบรวมข้อร้องเรียนและการดำเนินการแก้ไข/ปรับปรุงข้อร้องเรียนทั้งหมด จัดเก็บในแฟ้มข้อร้องเรียนของหน่วยงานโดยเฉพาะ เพื่อความสะดวกในการสืบค้นและจัดทำรายงานการจัดการข้อร้องเรียนในแต่ละเดือน

(10) การรายงานผลการจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงานให้ศูนย์รับข้อร้องเรียนโรงพยาบาลเวียงสาทราบ (รายเดือน)

<u>เจ้าหน้าที่ฯ</u>

10.1 จัดทำบันทึกข้อความขอให้ส่งสรุปรายการการจัดการข้อร้องเรียนจากทุกหน่วยงานในความรับผิดชอบ กรอกรายละเอียดตามแบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลบ่อเกลือ (แบบฟอร์ม **RM**) โดยส่งบันทึกข้อความไปยังหน่วยงานทุกวันพุธก่อนสิ้นเดือน และให้หน่วยงานส่งแบบฟอร์มกลับมายังเจ้าหน้าที่ฯ ไม่เกินวันที่ 10 ของเดือนถัดไป

10.2 รวบรวมแบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลบ่อเกลือ (แบบฟอร์ม **RM**)ให้ครบจากทุกหน่วยงานภายในวันที่ 10 ของแต่ละเดือน และนำมาวิเคราะห์การจัดการข้อร้องเรียนในภาพรวมของหน่วยงาน เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมการจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงานเรียบร้อยแล้วให้ส่งรายงานผลการจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงานให้คณะกรรมการบริหารทราบ ทุกวันที่ 15 ของแต่ละเดือน

5. แบบฟอร์มที่ใช้

ใบรายงานส่งออกจากระบบการรายงานความเสี่ยงในโปรแกรม HosXp

หมายเหตุ :

1) กรณีบัตรสนเท่ห์ หรือ ข้อร้องเรียนที่ไม่แจ้งชื่อ ที่อยู่ ไม่นับเข้าแบบฟอร์ม แต่ให้ส่งคณะกรรมการ RM ใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับพิจารณาต่อ หรือ กรณีร้องเรียนกรณีละเมิดละเลยไม่ปฏิบัติหน้าที่ (ต้องพิจารณาเป็นพิเศษ)

2) การจัดอบรมเจ้าหน้าที่ฯ ยึดเป็นมาตรฐานเดียวกัน

3) เพิ่มการสื่อสารแจ้งเรื่องร้องเรียนแก่หน่วยงานเกี่ยวข้อง 3 ช่องทาง คือ

1. โทรศัพท์
2. อีเมล์/FB/Line
3. บันทึกข้อความแจ้งเรื่องร้องเรียน กล่องรับฟังความคิดเห็นของโรงพยาบาล

4) กรณีคนภายในระบุชื่อทั้งผู้ร้องเรียนและผู้ถูกร้องเรียน

ขั้นตอนการลงความเสี่ยง และข้อเสนอแนะร้องเรียนในโปรแกรม HosXp

1) การลงรายงาน

ขั้นตอนการลงความเสี่ยงข้อร้องเรียนร้องทุกข์ในโปรแกรม HosXp

1.) เข้าสู่โปรแกรมโดยใช้ Username และ Password อาจเป็น Username และ Password ของตนเอง หรือหน่วยงานก็ได้

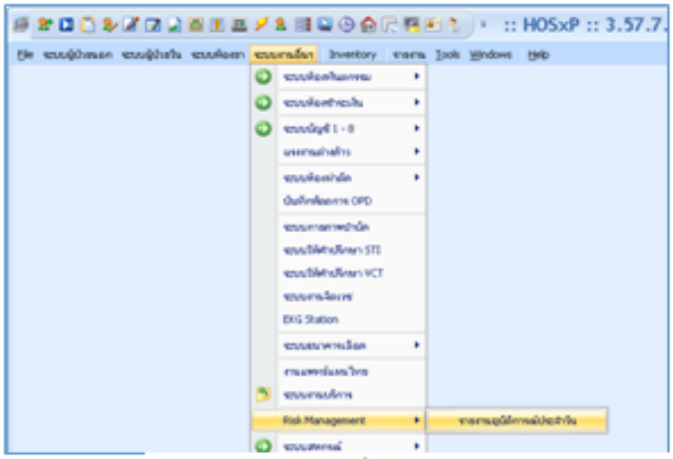
หากเป็นหัวหน้าหน่วยงาน / กรรมการ RM หน่วยงานใช้ Username และ Password ที่เป็นของตนเอง

2.) เข้าไปที่หัวข้อด้านบน คลิกเลือก

→ "ระบบงานอื่นๆ"

→ "Risk management"

→ "รายงานอุบัติการณ์ประจำวัน"



3.) การลงข้อมูลความเสี่ยง

3.1 เลือกหน่วยงานเราจะรายงานที่ทำให้เกิดความเสี่ยงนั้น เช่น งานจ่ายกลางเจอผ้าเปื้อนเลือดในเขตที่มาจากห้องคลอด ให้เราเลือกข้อนี้เป็น "ห้องคลอด" เป็นต้น

3.2 เลือก วัน/ เวลา ที่เกิดความเสี่ยงนั้น

3.3 เชื่อมโยงโปรแกรม : ให้เราเลือกประเภทความเสี่ยงที่เราพบโดยคลิกลูกศรเลือกด้านที่เกี่ยวข้อง เช่น

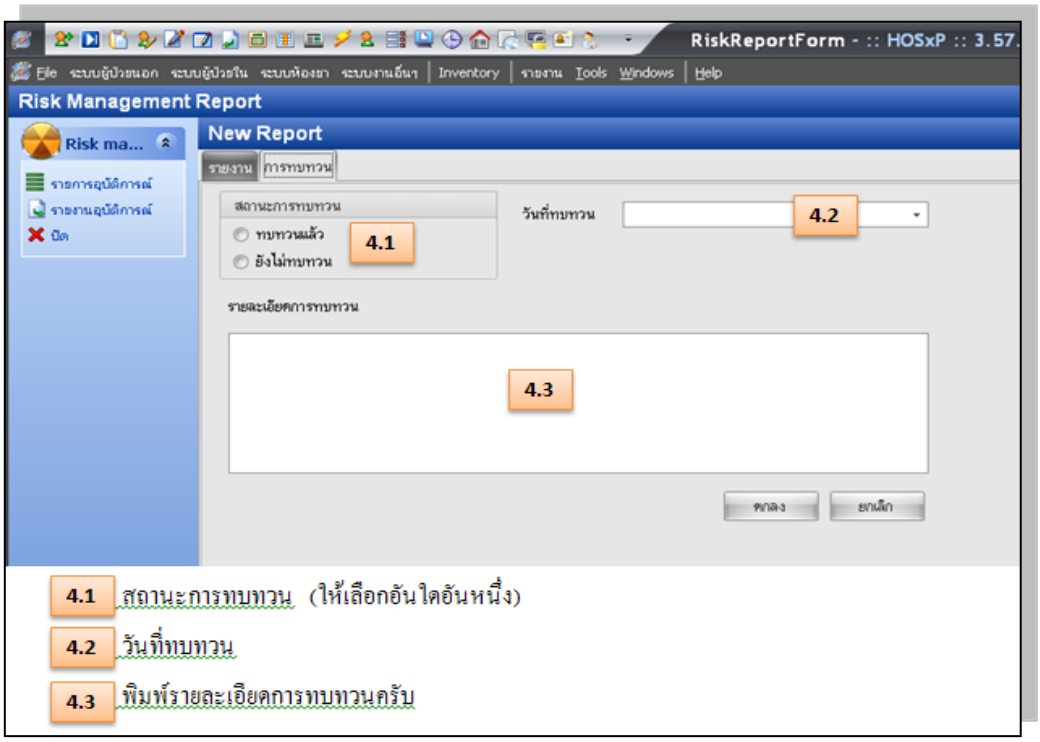
1. ด้านคลินิก : การดูแลผู้ป่วย
2. ด้านคลินิก : การติดเชื้อ(เป็นการติดเชื้อในรพ.)
3. ด้านคลินิก : ยา สารน้ำ และการให้เลือด
4. ด้านทั่วไป : ด้านบุคลากร
5. ด้านทั่วไป : อาชีวอนามัยและความปลอดภัย(เกิดจากการทำงานในรพ.)
6. ด้านทั่วไป : โครงสร้างและสิ่งแวดล้อม
7. ด้านทั่วไป : เทคโนโลยีสารสนเทศ (IT)

8.1 ด้านทั่วไป : บริหารจัดการ (การเงินและการคลัง)

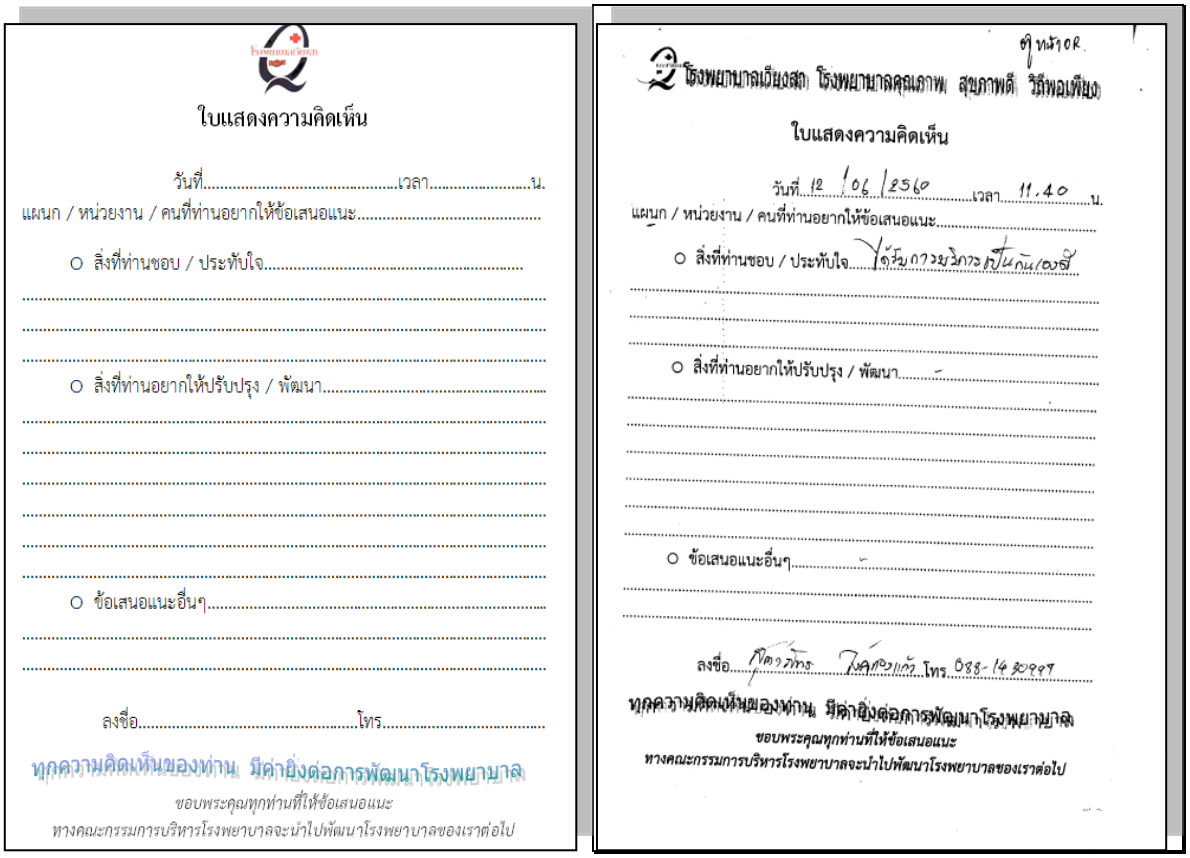
8.2 ด้านทั่วไป : บริหารจัดการ (อื่นๆ)

9. ด้านข้อเสนอแนะร้องเรียน
10. ด้านอื่นๆ

2) การรายงานการทบทวน



3) ใบแสดงความคิดเห็นของผู้รับบริการผ่านตู้รับความคิดเห็น / ตัวอย่าง



ใบแสดงความคิดเห็น

วันที่.....เวลา.....น.

แผนก / หน่วยงาน / คนที่ท่านอยากให้ข้อเสนอแนะ.....

○ สิ่งที่ท่านชอบ / ประทับใจ.....

○ สิ่งที่ท่านอยากให้ปรับปรุง / พัฒนา.....

○ ข้อเสนอแนะอื่นๆ.....

ลงชื่อ.....โทร.....

ทุกความคิดเห็นของท่าน มีค่ายิ่งต่อการพัฒนาโรงพยาบาล

ขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะ

ทางคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลจะนำไปพัฒนาโรงพยาบาลของเราต่อไป

โรงพยาบาลเมืองสกา โรงพยาบาลคุณภาพ สุขภาพดี วิถีพอเพียง

ใบแสดงความคิดเห็น

วันที่ 12/06/2560 เวลา 11.40 น.

แผนก / หน่วยงาน / คนที่ท่านอยากให้ข้อเสนอแนะ.....

○ สิ่งที่ท่านชอบ / ประทับใจ ได้รับการบริการเป็นกันเองดี

○ สิ่งที่ท่านอยากให้ปรับปรุง / พัฒนา -

○ ข้อเสนอแนะอื่นๆ.....

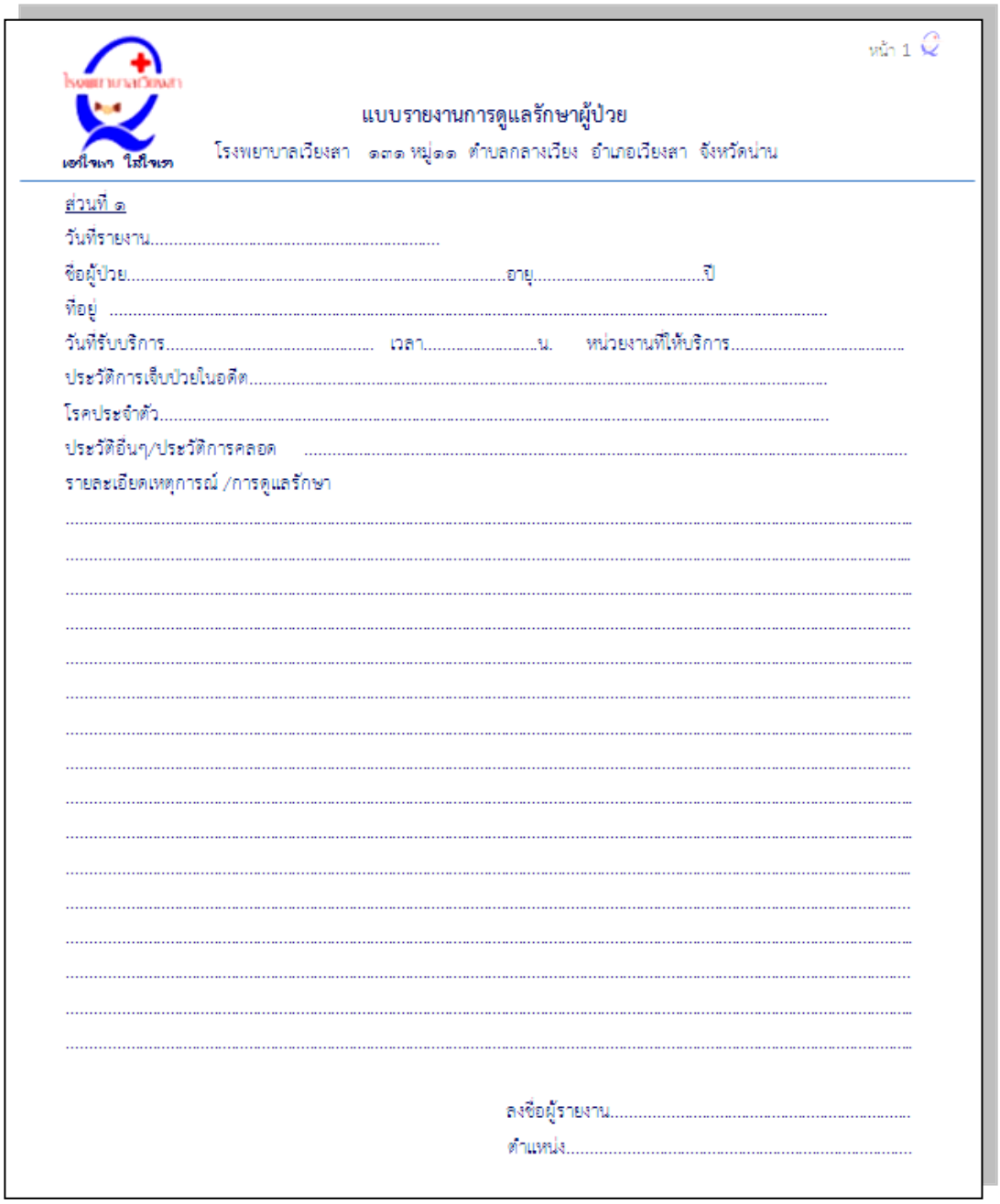
ลงชื่อ.....โทร. 088-14 [illegible]

ทุกความคิดเห็นของท่าน มีค่ายิ่งต่อการพัฒนาโรงพยาบาล

ขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะ

ทางคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลจะนำไปพัฒนาโรงพยาบาลของเราต่อไป

4) แบบรายงานการดูแลรักษาผู้ป่วย



หน้า 1

แบบรายงานการดูแลรักษาผู้ป่วย

โรงพยาบาลเวียงสา ๑๓๑ หมู่๑๑ ตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน

ส่วนที่ ๑

วันที่รายงาน.....

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ .....

วันที่รับบริการ..... เวลา.....น. หน่วยงานที่ให้บริการ.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....

โรคประจำตัว.....

ประวัติอื่นๆ/ประวัติการคลอด .....

รายละเอียดเหตุการณ์ /การดูแลรักษา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

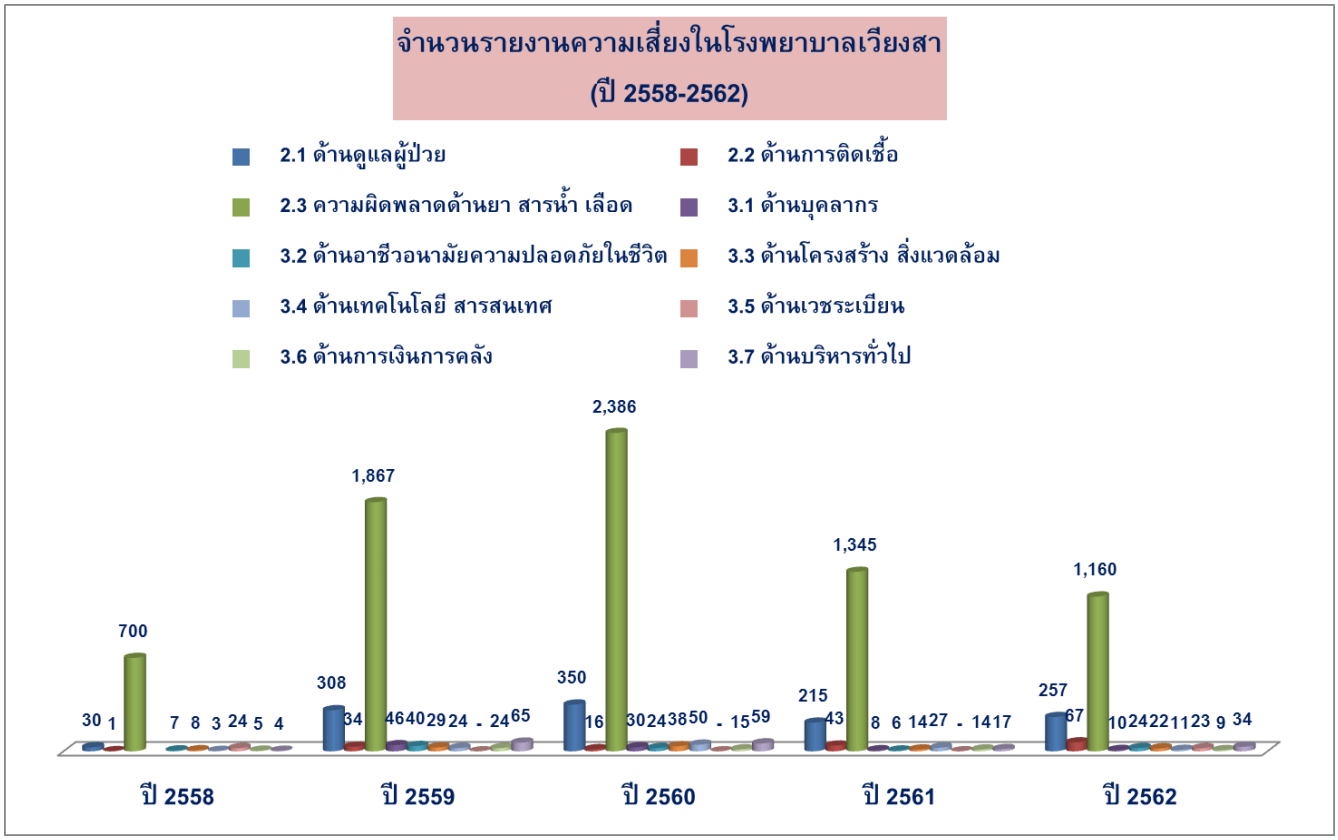
5) ช่องทางการรับข้อเสนอแนะ / ร้องเรียน / ชื่นชมผ่านทางเว็ปไซต์รพ.

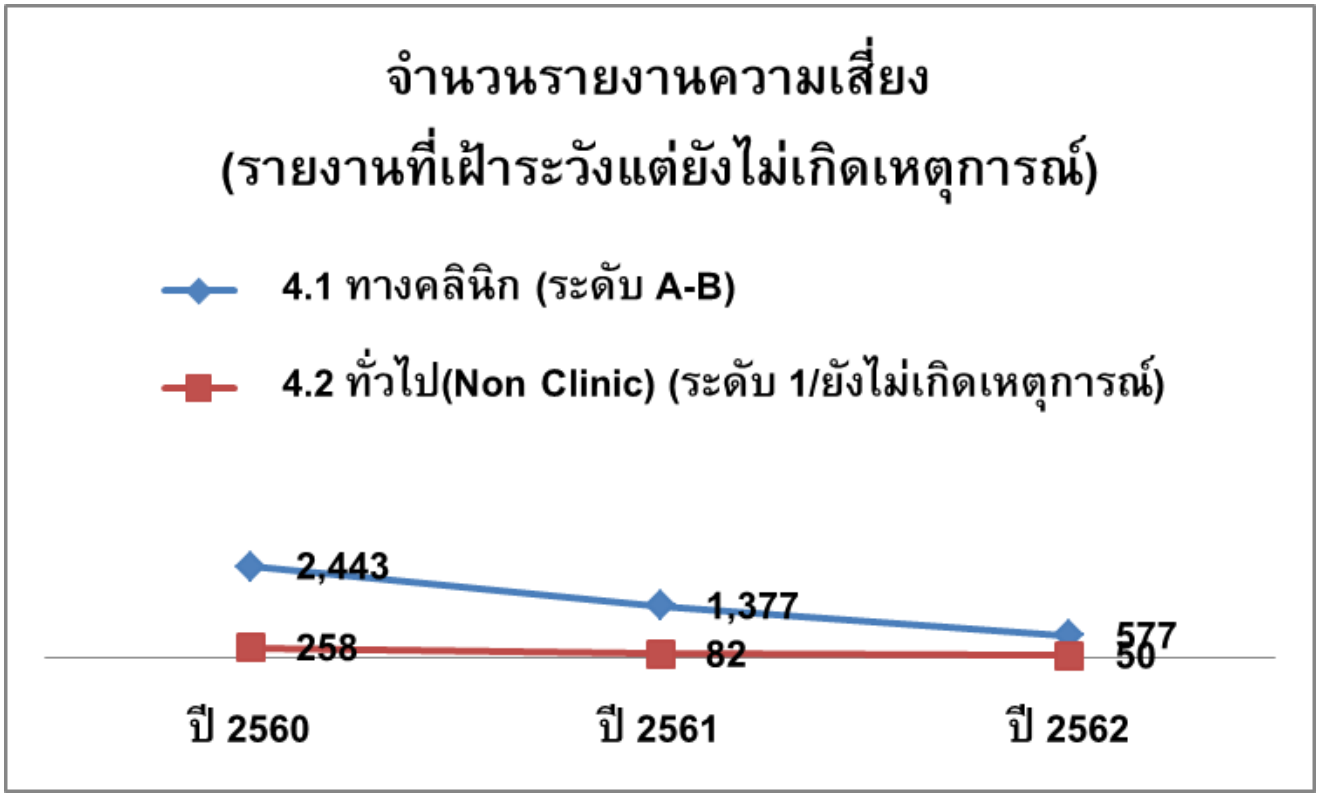
ข้อมูลตัวชี้วัด - RM									
ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	เป้า
1	จำนวนรายงานความเสี่ยง / อุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (รวม)	1,243	782	2,437	2,968	2,591	1,614		
	จำนวนการทบทวน(รวม)			919	1,404	1,776	1567		
	ร้อยละการทบทวนความเสี่ยงอุบัติการณ์รวม			37.71	47.30	68.54	97.09	★	
2	จำนวนรายงานทางคลินิก	1,099	731	2,209	2,752	1,603	1,481		
	2.1 ด้านดูแลผู้ป่วย		30	308	350	215	257		
	2.2 ด้านการติดเชื้อ		1	34	16	43	67		
	2.3 ความผิดพลาดด้านยา สารน้ำ เลือด		700	1,867	2,386	1,345	1,160		
3	จำนวนรายงานทั่วไป(Non Clinic)	144	51	228	216	86	133		
	3.1 ด้านบุคลากร			46	30	8	10		
	3.2 ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยในชีวิต		7	40	24	6	24		
	3.3 ด้านโครงสร้าง สิ่งแวดล้อม		8	29	38	14	22		
	3.4 ด้านเทคโนโลยี สารสนเทศ		3	24	50	27	11		
	3.5 ด้านเวชระเบียน		24	-	-	-	23		
	3.6 ด้านการเงินการคลัง		5	24	15	14	9		
	3.7 ด้านบริหารทั่วไป		4	65	59	17	34		
4	จำนวนรายงานความเสี่ยง (รายงานที่เฝ้าระวังแต่ยังไม่เกิดเหตุการณ์)								
	4.1 ทางคลินิก (ระดับ A-B)		431	2,169	2,443	1,377	577		
	4.2 ทั่วไป(Non Clinic) (ระดับ 1/ยังไม่เกิดเหตุการณ์)				258	82	50		
5	จำนวนรายงานอุบัติการณ์ (รายงานที่เกิดเหตุการณ์แล้ว)								
	4.1 ทางคลินิก (ระดับ B - I)				2,702	1,576	737		
	4.2 (ระดับ E - I)				71	83	58		
	4.3 ทั่วไป(Non Clinic) (ระดับ 2 - 3)				29	11	5		
	4.4 (ระดับ 3)				3	2	3		
6	จำนวนข้อร้องเรียน(รวม)				36	30	30		
	5.1 ด้านบริการ				16	16	16		
	5.2 ด้านพฤติกรรมจนท. / การ				20	2	2		

	แต่งกาย								
	5.3 ด้านสวล.				0	12	12		
	5.4 ด้านชุมชน						0		
	5.5 ด้านความไม่โปร่งใส/ทุจริต				0	0	0		
7	จำนวนครั้งของการถูกร้องเรียน (ม. 41)		1	4	1(รพ. สต.)	0	0	0	0
8	ร้อยละการรายงานความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากเดิม	1,190	- 37.09	211.51	- 35.26				30%
9	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ E ขึ้นไปหรือระดับ 3 ได้รับการแก้ไขตามแนวทางบริหารความเสี่ยง								
	9.1 อุบัติการณ์ ระดับ E - I	50.00	83.33	85.00	46.67	71.42	86.88		100%
	9.2 อุบัติการณ์ ระดับ 3	100	100	100	100	100	100		100%
10	อัตราการเกิดซ้ำในอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ E ขึ้นไป หรือระดับ 3	15.30	0	3.77	0	3.61 (3/83)	10.78 (11/102)		<10%
11	ร้อยละของการจัดการข้อร้องเรียน	100	100	100	100	100	100	100	>80%
	11.1 ไม่รุนแรง - ปานกลาง						100	100	>80%
	11.2 รุนแรง / ฟ้องร้อง	100	100	100	100	100	100	100	100%
12	ร้อยละการแก้ไขความเสี่ยงอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กลุ่มทางคลินิก								
	A-B		62	63	37				
	C-D		46	62	60				
	E-F		80	82	63				
	G-I		100	100	67				
13	ร้อยละการแก้ไขความเสี่ยงอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กลุ่มทั่วไป								
	ระดับ 1		82	52	39				
	ระดับ 2		60	100	57				
	ระดับ 3		0(ไม่มี)	100	67				
14	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยงอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง		N/A	59.09	40.53	34.84	91.3		100 %
15	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการขึ้นทะเบียน Risk Register		N/A	N/A	N/A	N/A	100		100 %
16	ร้อยละของทีมคร่อมมีการจัดการ		N/A	N/A	N/A	N/A	100		100

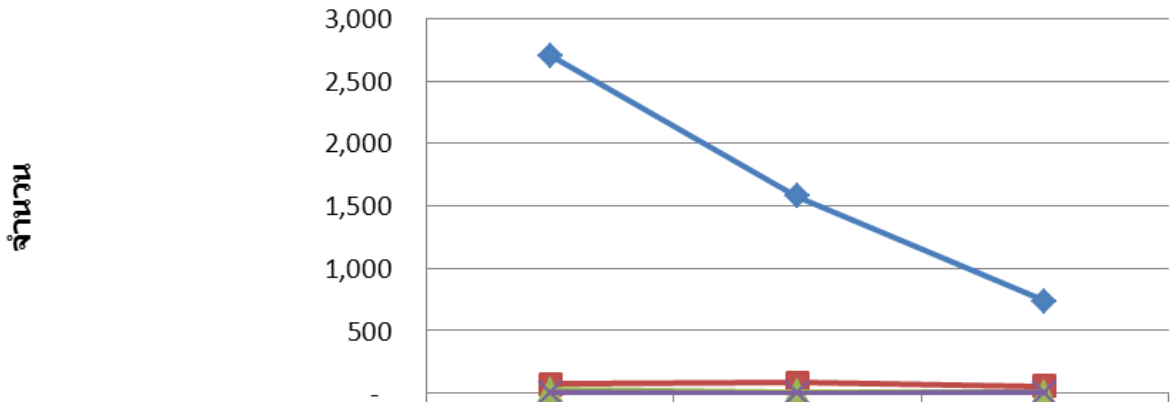
	ขึ้นทะเบียน Risk Register								%
	Patient Safety								
17	ระดับผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร (Patient Safety Culture survey)		NA	60	81	60	58.6		>80 %

ปี 62 (ต.ค.61-ก.ย.62)				โปรแกรมความเสี่ยง										
ติดตามการทบทวนความเสี่ยงระดับหน่วยงาน	จำนวนรวม	ทบทวนแล้ว	ร้อยละ (>60%)	ด้านดูแลผู้ป่วย	การติดเชื้อ	ด้านยา สาร น้ำ เลือด	บุคลากร	อาชีวอนามัยความปลอดภั	โครงสร้างสิ่งแวดล้อม	เทคโนโลยีสารสนเทศ	เวชระเบียน	ด้านการเงินการคลัง	ด้านบริหารทั่วไป	ข้อร้องเรียน
แพทย์	642	642	100.0	33	5	590	1	0	0	0	3	0	1	9
เภสัชกรรม	562	416	74.0	1	0	548	1	2	0	0	0	0	1	9
WARD	179	170	95.0	49	26	52	24	6	5	0	3	0	5	9
ER	96	91	94.8	62	11	4	0	2	0	1	1	0	3	12
opd	78	76	97.4	37	2	5	4	1	0	2	2	0	9	16
LR	33	28	84.8	19	4	1	0	0	4	0	2	0	2	1
LAB	30	27	90.0	22	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2
งานสร้างเสริมสุขภาพ	28	11	39.3	22	1	4	0	0	0	0	0	1	0	0
กายภาพ	28	3	10.7	18	0	0	2	0	0	0	6	0	2	0
ทันตกรรม	27	21	77.8	10	3	8	0	0	0	1	3	1	0	1
บริหาร + ENV + รปภ.	27	17	63.0	1	0	0	0	9	8	0	1	0	4	4
จ่ายกลาง	19	19	100.0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	4	0
งานประกัน เวชสถิติ สารสนเทศ	13	1	7.7	0	0	0	0	0	0	7	5	0	1	0
การเงิน	10	10	100.0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	2	0
ยานยนต์	8	5	62.5	3	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0
ซ่อมบำรุง	7	5	71.4	0	0	0	0	1	6	0	0	0	0	0
X-ray	5	5	100.0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
OR	5	2	40.0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
แผนไทย	5	2	40.0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1
คลินิกพิเศษ	4	1	25.0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
โภชนาการ	4	2	50.0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
งานบริการปฐมภูมิ	3	3	100.0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0


จำนวนรายงานความเสี่ยงในโรงพยาบาลเวียงสา
(ปี 2558-2562)
2.1 ด้านดูแลผู้ป่วย
2.2 ด้านการติดเชื้อ
2.3 ความผิดพลาดด้านยา สารน้ำ เลือด
3.1 ด้านบุคลากร
3.2 ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยในชีวิต
3.3 ด้านโครงสร้าง สิ่งแวดล้อม
3.4 ด้านเทคโนโลยี สารสนเทศ
3.5 ด้านเวชระเบียน
3.6 ด้านการเงินการคลัง
3.7 ด้านบริหารทั่วไป
30 1 700 7 8 3 24 5 4
308 34 1,867 46 40 29 24 - 24 65
350 16 2,386 30 24 38 50 - 15 59
215 43 1,345 8 6 14 27 - 14 17
257 67 1,160 10 24 22 11 23 9 34
ปี 2558
ปี 2559
ปี 2560
ปี 2561
ปี 2562

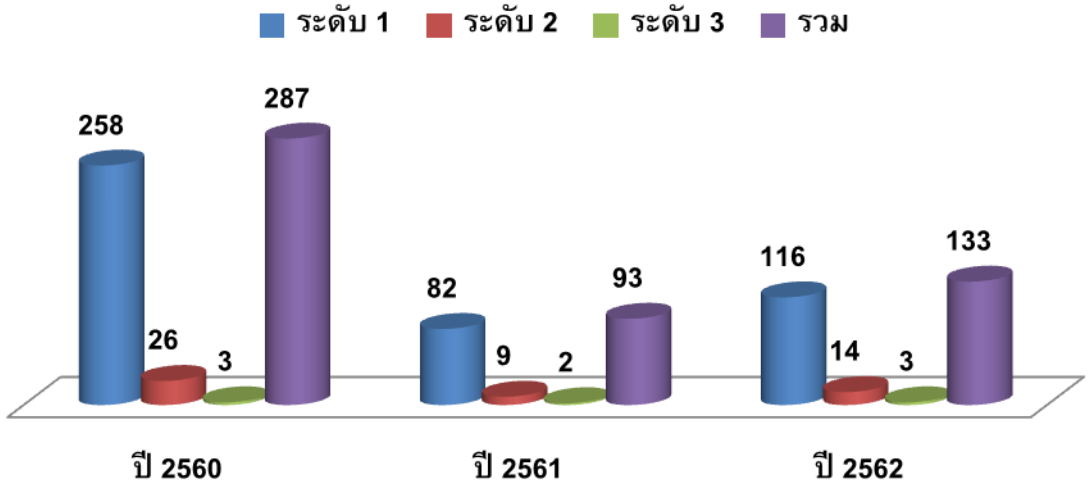

จำนวนรายงานความเสี่ยง
(รายงานที่เฝ้าระวังแต่ยังไม่เกิดเหตุการณ์)
4.1 ทางคลินิก (ระดับ A-B)
4.2 ทั่วไป(Non Clinic) (ระดับ 1/ยังไม่เกิดเหตุการณ์)
2,443
1,377
577
258
82
50
ปี 2560
ปี 2561
ปี 2562

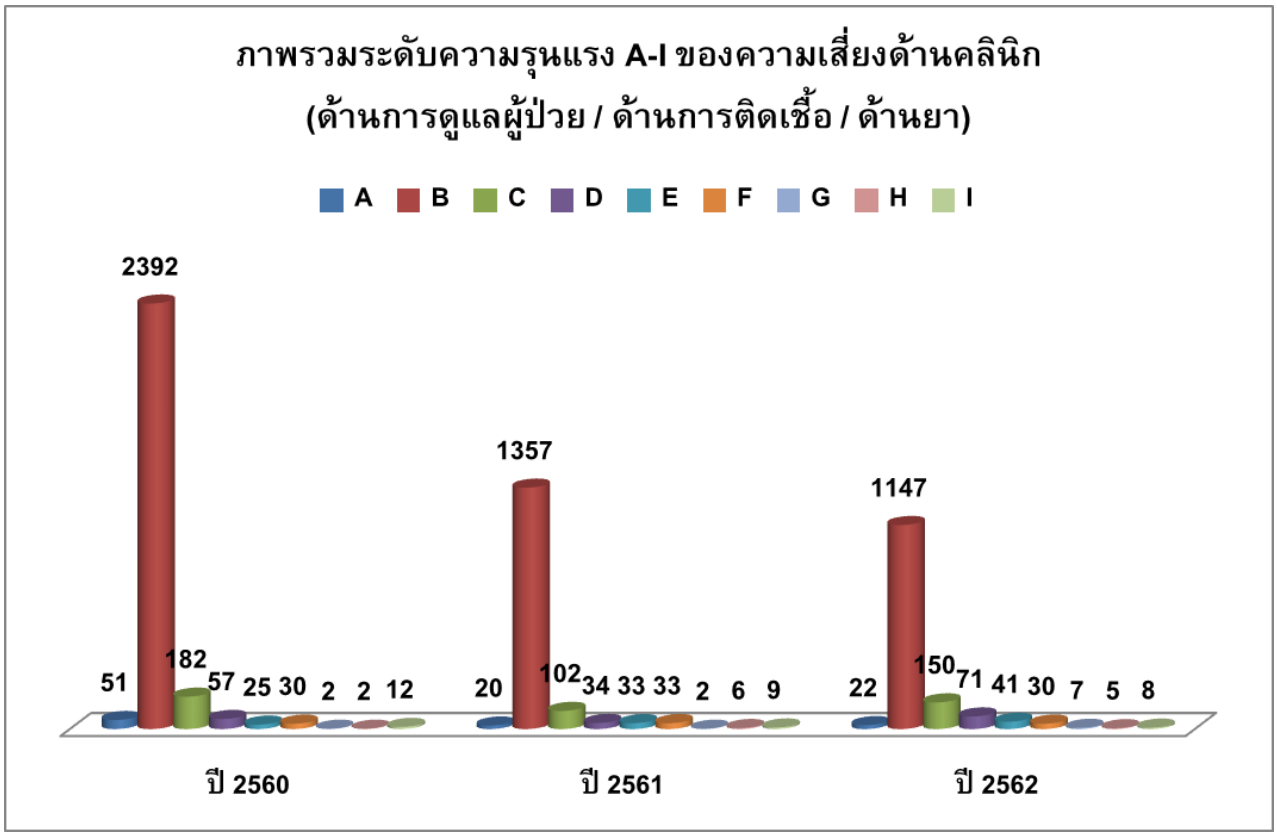
จำนวนรายงานอุบัติการณ์ (รายงานที่เกิดเหตุการณ์แล้ว)

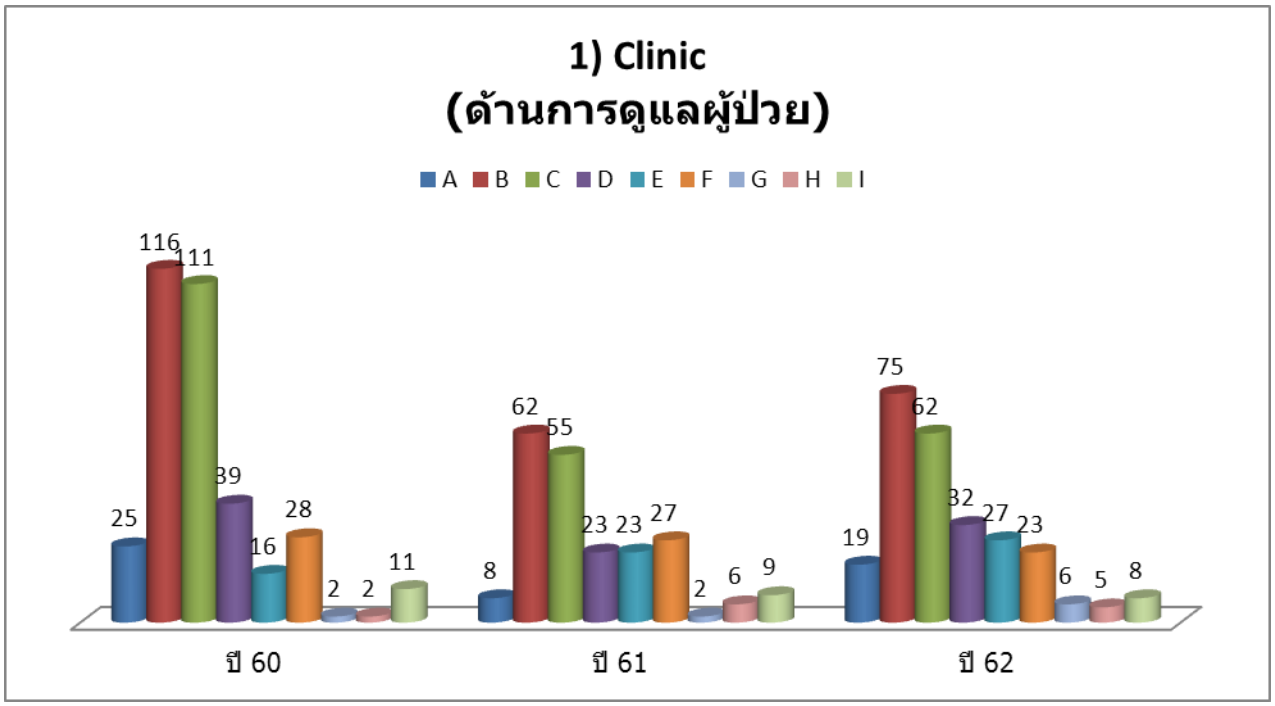


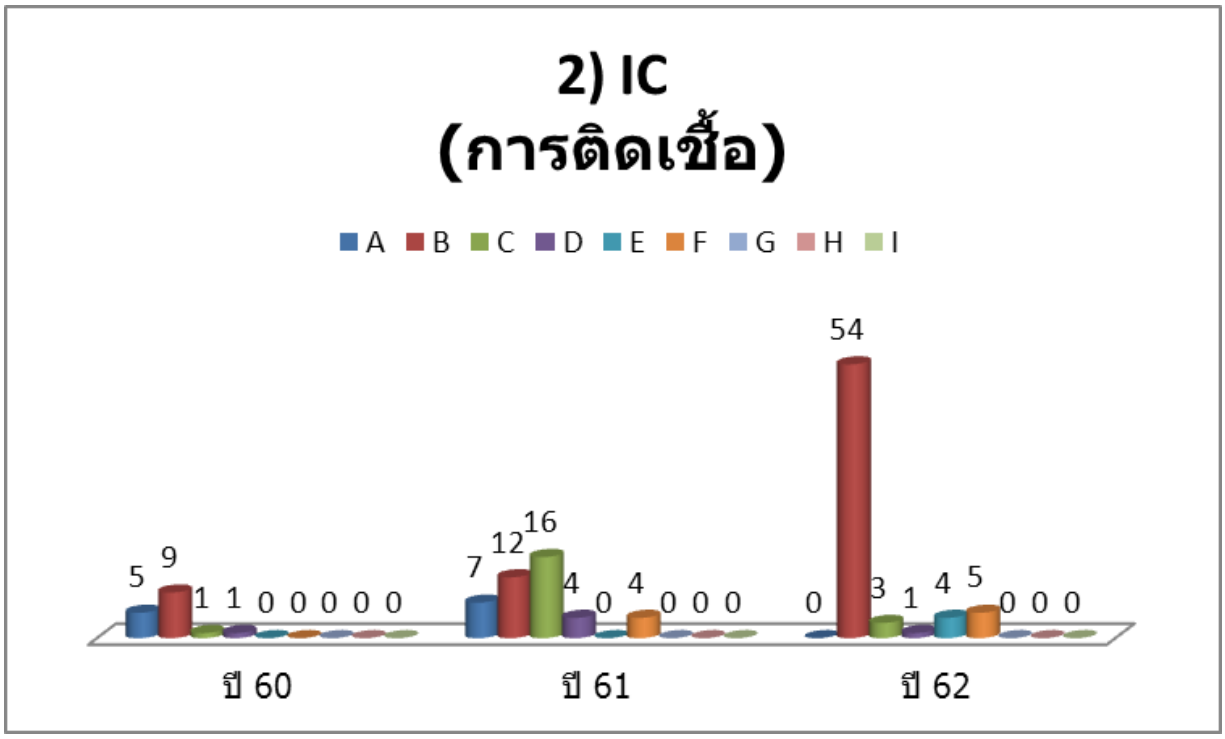
	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
4.1 ทางคลินิก (ระดับ B - I)	2,702	1,576	737
4.2 ทางคลินิก (ระดับ E - I)	71	83	58
4.3 ทั่วไป(Non Clinic) (ระดับ 2 - 3)	29	11	5
4.4 ทั่วไป(Non Clinic) (ระดับ 3)	3	2	3

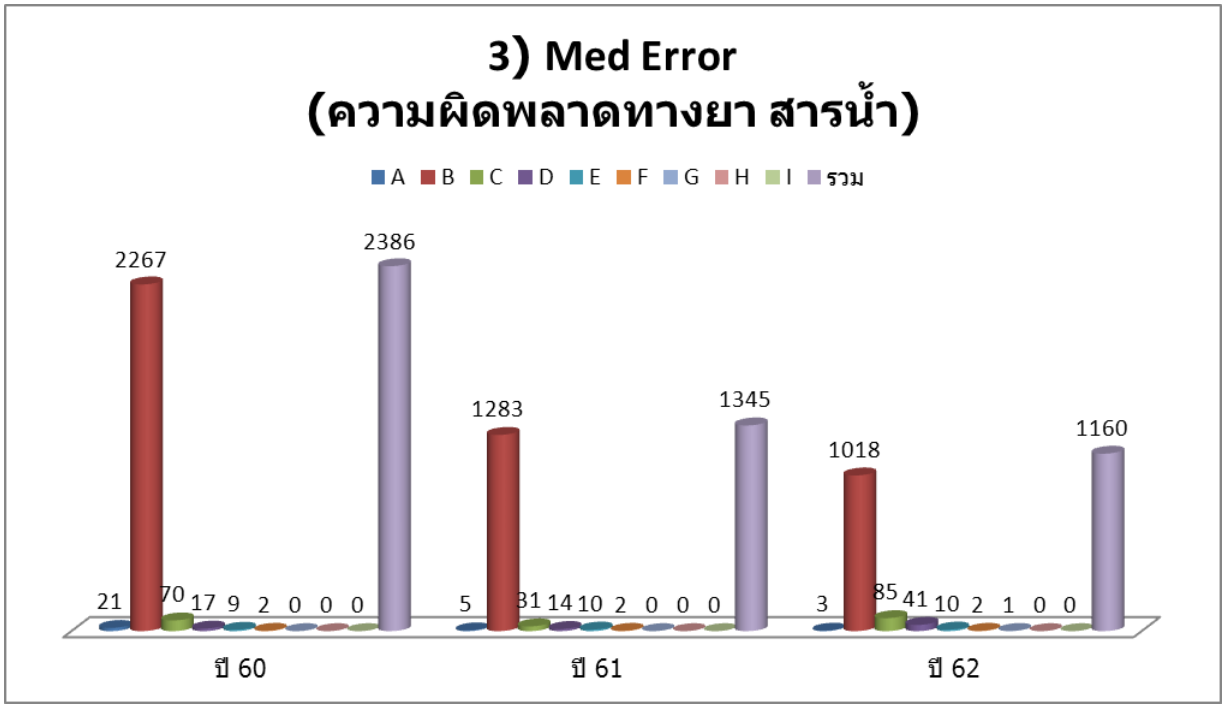
ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงโปรแกรมทั่วไป(Non Clinic) (สิ่งแวดล้อม/อาชีวอนามัย/IT/สารสนเทศ/การเงิน/บุคลากร/ บริหาร)

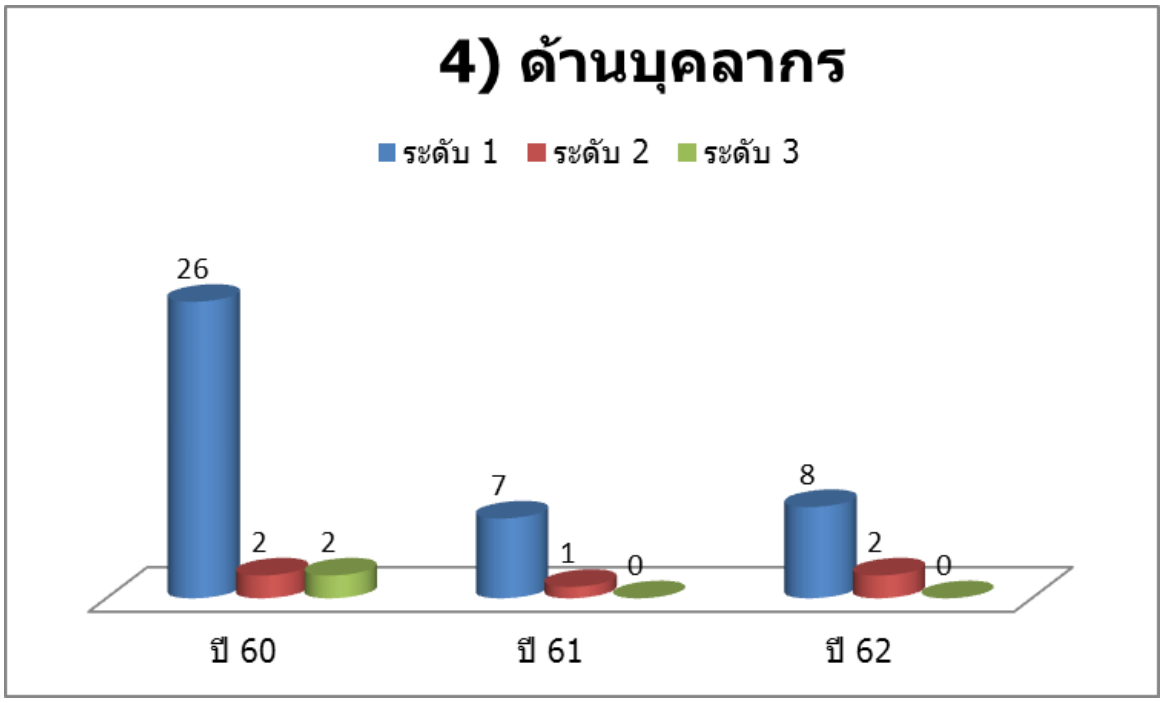


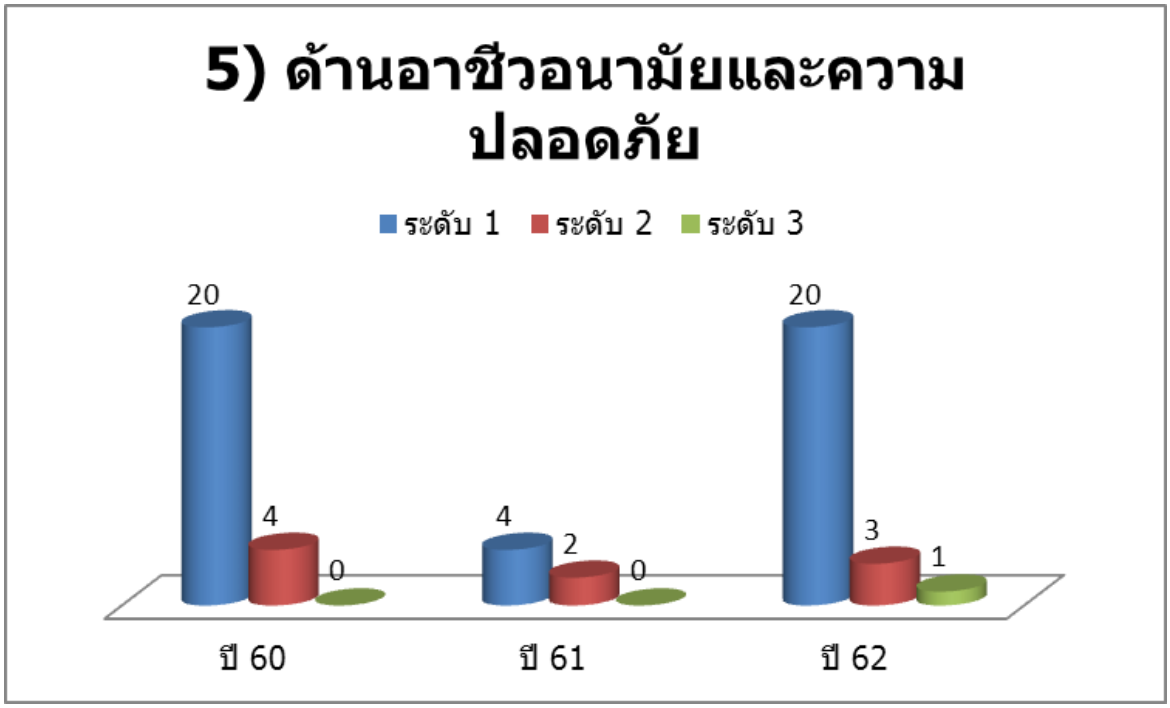

ภาพรวมระดับความรุนแรง A-I ของความเสี่ยงด้านคลินิก
(ด้านการดูแลผู้ป่วย / ด้านการติดเชื้อ / ด้านยา)
A B C D E F G H I
2392
51 182 57 25 30 2 2 12
1357
20 102 34 33 33 2 6 9
1147
22 150 71 41 30 7 5 8
ปี 2560
ปี 2561
ปี 2562

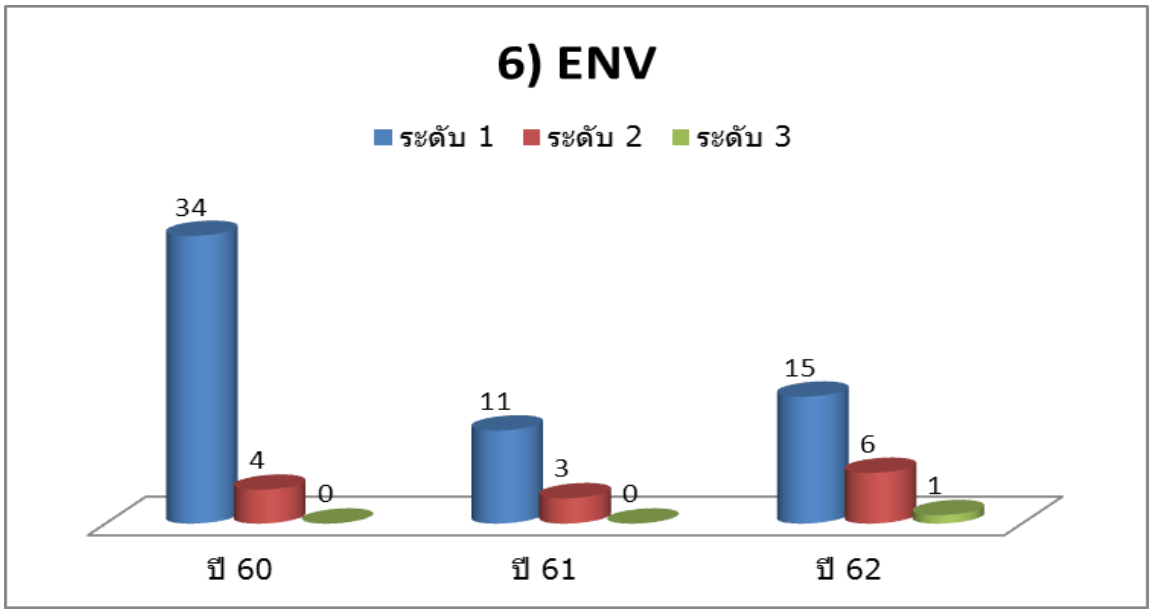

1) Clinic
(ด้านการดูแลผู้ป่วย)
A B C D E F G H I
25 116 111 39 16 28 2 2 11
8 62 55 23 23 27 2 6 9
19 75 62 32 27 23 6 5 8
ปี 60
ปี 61
ปี 62

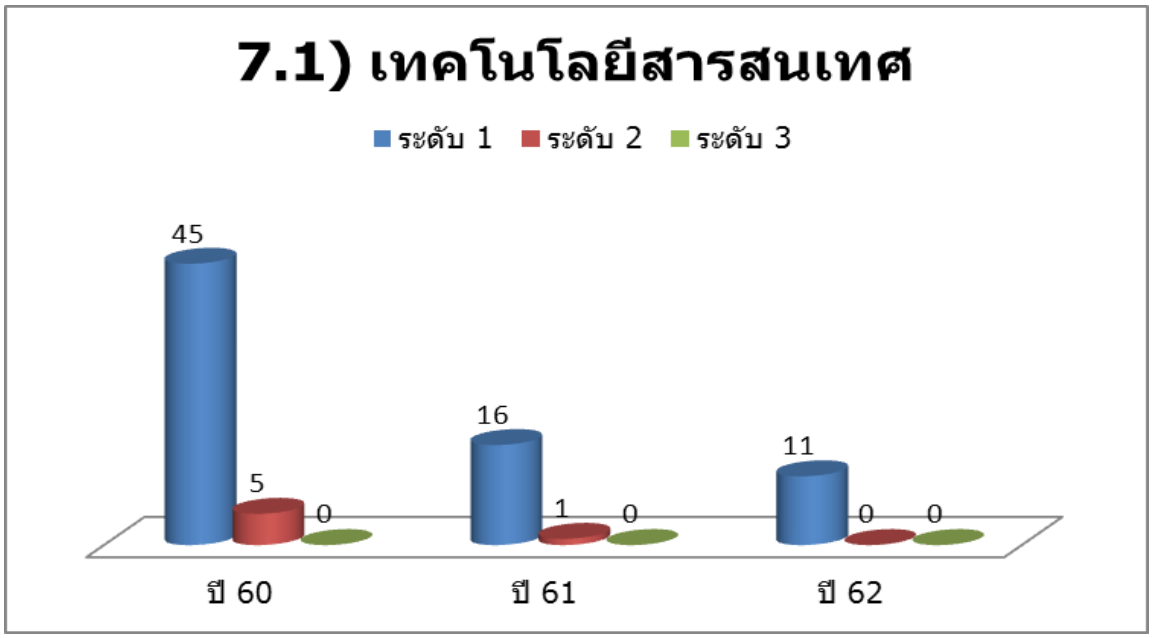

2) IC
(การติดเชื้อ)
A B C D E F G H I
5 9 1 1 0 0 0 0 0
7 12 16 4 0 4 0 0 0
0 54 3 1 4 5 0 0 0
ปี 60
ปี 61
ปี 62

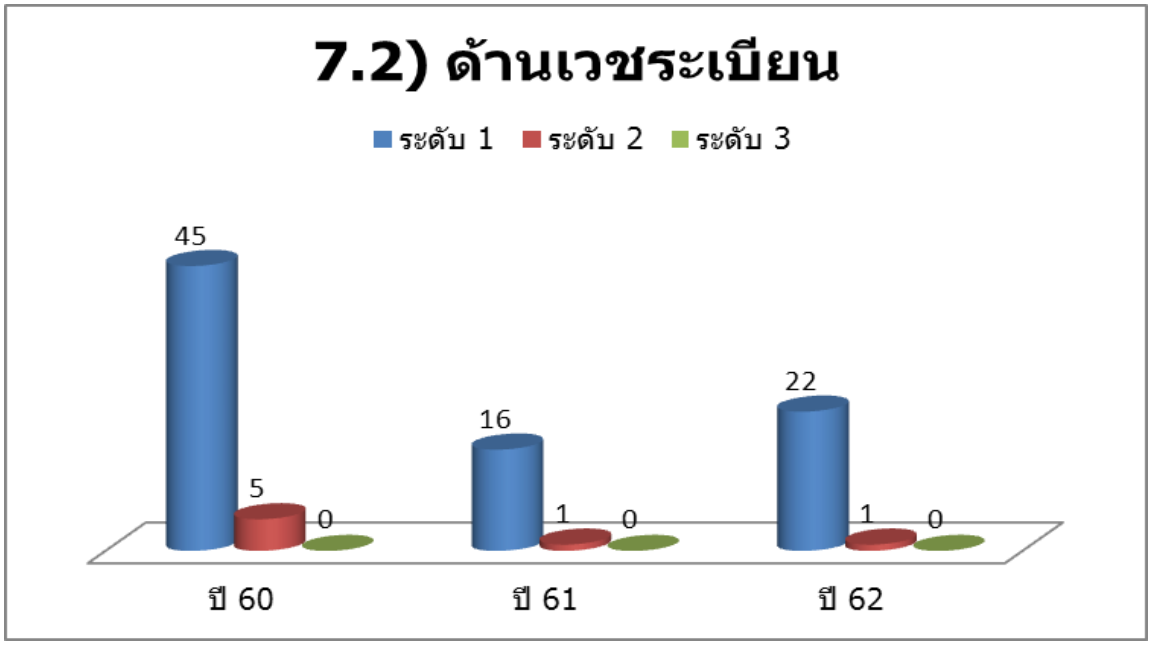

3) Med Error
(ความผิดพลาดทางยา สารน้ำ)
A B C D E F G H I รวม
21 2267 70 17 9 2 0 0 0 2386
5 1283 31 14 10 2 0 0 0 1345
3 1018 85 41 10 2 1 0 0 1160
ปี 60
ปี 61
ปี 62

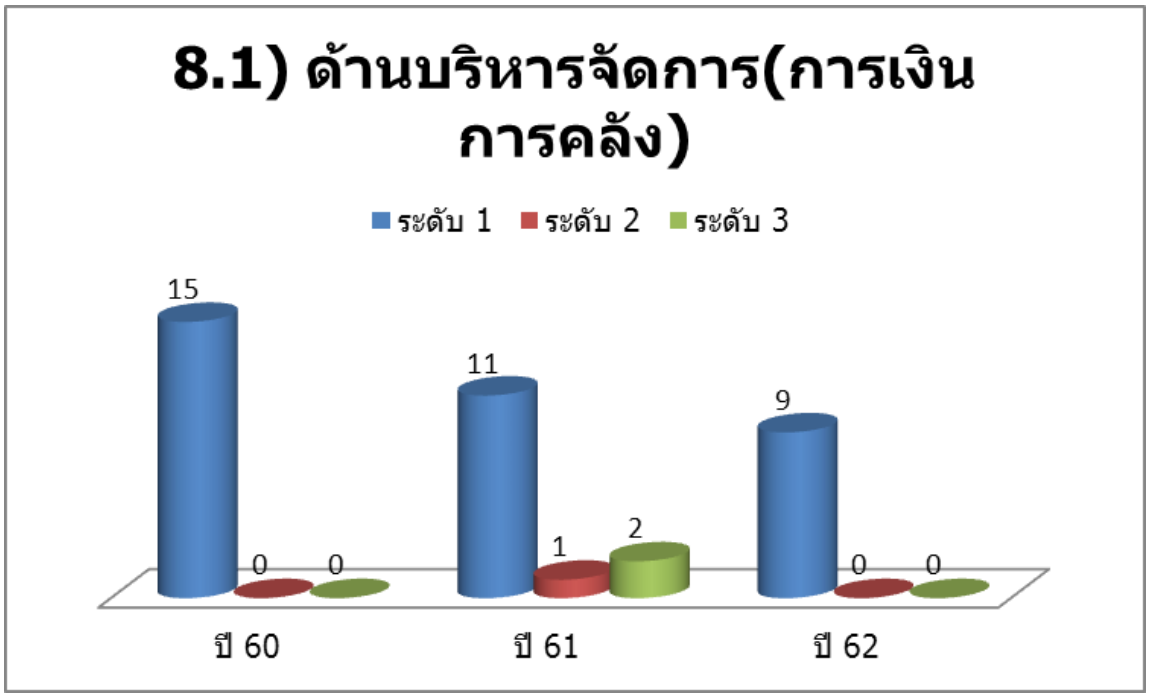

4) ด้านบุคลากร
ระดับ 1
ระดับ 2
ระดับ 3
26
2
2
7
1
0
8
2
0
ปี 60
ปี 61
ปี 62

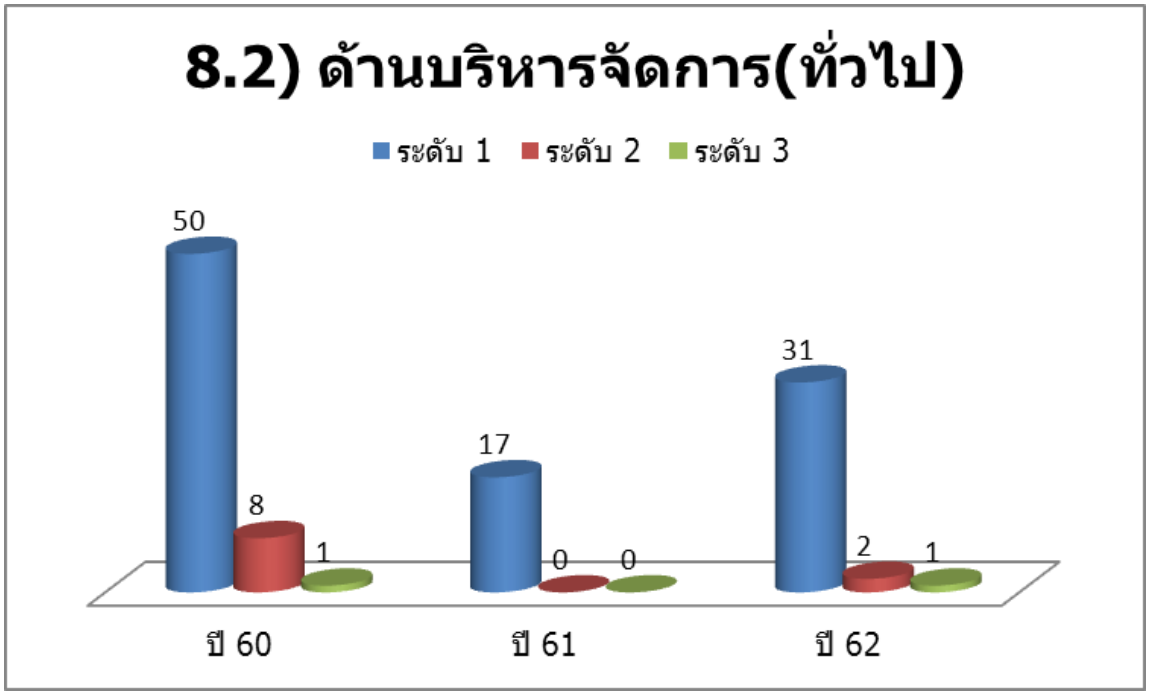

5) ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
ระดับ 1
ระดับ 2
ระดับ 3
20
4
0
4
2
0
20
3
1
ปี 60
ปี 61
ปี 62


6) ENV
ระดับ 1
ระดับ 2
ระดับ 3
34
4
0
11
3
0
15
6
1
ปี 60
ปี 61
ปี 62


7.1) เทคโนโลยีสารสนเทศ
ระดับ 1
ระดับ 2
ระดับ 3
45
5
0
16
1
0
11
0
0
ปี 60
ปี 61
ปี 62


7.2) ด้านเวชระเบียน
ระดับ 1
ระดับ 2
ระดับ 3
45
5
0
16
1
0
22
1
0
ปี 60
ปี 61
ปี 62


8.1) ด้านบริหารจัดการ(การเงินการคลัง)
ระดับ 1
ระดับ 2
ระดับ 3
15
0
0
11
1
2
9
0
0
ปี 60
ปี 61
ปี 62


8.2) ด้านบริหารจัดการ(ทั่วไป)
ระดับ 1
ระดับ 2
ระดับ 3
50
8
1
17
0
0
31
2
1
ปี 60
ปี 61
ปี 62

เป้าหมาย ปี 63
ปลอดภัย : 2P Safety (Patient @ Personel)
มีและใช้ Risk Register ต่อเนื่อง
ลดอุบัติการณ์เกิดซ้ำ และเกิดใหม่
หมั่นบันทึกความเสี่ยง เพื่อส่งความห่วงใย